EXPOSÉ DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

M. LE Dr PAUL BERGER

Né à Beaucourt (Haut-Rhin), le 6 janvier 1845.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1894

EXPOSÉ DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LE Dr PAUL BERGER

I. — TITRES OBTENUS AU CONCOURS

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris (Section de chirurgie); nommé premier au concours, 1875.

Chirurgien des Hôpitaux de Paris; nommé premier au concours, 1877.

Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, 1874.

Aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, 1871.

Interne des hôpitaux, 1867.

Externe des hôpitaux, 1866.

PRIX

Hôpitaux de Paris, concours des prix de l'internat en médecine; 1re division : Prix: médaille d'or, 1871.

Concours des prix Monthyon à l'Académie des Sciences: mention de 1,500 francs, 1887.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Chevalier de la Légion d'honneur. Officier d'Académie.

II. — FONCTIONS REMPLIES

§ 1er. — Enseignement.

3 ans de fonctions comme aide d'anatomie.

3 ans de fonctions comme prosecteur.

6 ans comme agrégé en exercice.

Rappelé à l'exercice pendant la durée du concours d'agrégation, en 1886.

Rappelé à l'exercice en remplacement de M. le professeur Verneuil, pendant l'année scolaire 1888-1889.

Rappelé à l'exercice pendant l'année 1891-1892.

Cours libre de pathologie externe, professé à l'École pratique (maladies de l'abdomen et du rectum, 1874-1875).

Cours libre de pathologie externe, professé avec l'autorisation de la Faculté dans le petit amphithéâtre de l'École de médecine (Pathologie générale chirurgicale, 1875-76).

Cours de pathologie externe, professé dans le grand amphithéâtre de la Faculté, pendant l'intérim de MM. les professeurs Trélat et Duplay (Novembre, décembre 1880).

Cours complémentaire de pathologie externe, professé dans le petit amphithéâtre de la Faculté (Semestre d'été, 1881).

Remplacement de M. le professeur Gosselin pendant les vacances dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité (1878, 1883).

Cours de clinique chirurgicale, professé en remplacement de M. le professeur Gosselin, à l'hôpital de la Charité (Novembre 1882, juillet 1883).

Participation à l'enseignement de l'anatomie et de la médecine opératoire, comme aide d'anatomie et prosecteur.

Participation aux examens et aux actes de la Faculté comme agrégé en exercice ou rappelé à l'exercice.

Secrétaire du jury du Concours pour l'agrégation (Section de chirurgie, 1883).

Je rappellerai que, depuis l'année 1877, j'ai pris la direction d'une conférence dont le but est l'étude en commun des principales questions de pathologie et de thérapeutique chirurgicales, et la préparation aux concours de l'agrégation en chirurgie et du bureau central. Je citerai seulement, comme ayant été les membres de cette conférence, MM. Reclus, Bouilly, Peyrot, Jalaguier, Brun, Segond, Quénu, Nélaton, Ricard, Poirier, agrégés et chirurgiens des hôpitaux, MM. Félizet, Prengrueber, G. Marchant, Picqué, Michaux, Potherat, Guinard, Rochard, chirurgiens des hôpitaux, M. le professeur Dubar (de Lille), MM. Gangolphe, Pollosson et Rollet (de Lyon), Villar (de Bordeaux), Février (de Nancy), agrégés, M. le Dr Jullien, chirurgien de Saint-Lazare.

§ 2. — Hôpitaux.

Externe, 1866.
Interne, 1867, 1873.
Chirurgien du bureau central, 1877-1882.
Chirurgien de l'hospice des Incurables, 1879-1882.
Chirurgien de l'hôpital de Lourcine, 1882.
Chirurgien de l'hospice de Bicêtre, 1883, 1884, 1885.
Chirurgien de l'hôpital Tenon, 1886-1887.
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière, 1888-1894,

§ 3. — Service militaire.

Médecin aide-major de 1re classe au 3e bataillon du 1er régiment des gardes nationales mobiles de la Seine, 1870-1871.

Médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale, le 19 octobre 1879.

Médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale, le 15 mai 1884.

Médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale, le 5 juillet 1886.

§ 4. — Fonctions diverses.

A. Rapporteur des Comités d'admission et d'installation de la classe 14, à l'Exposition universelle de 1889.

Rapporteur du Jury des récompenses, pour la même classe.

B. Chirurgien du Lycée Lakanal.

C. Chirurgien de l'École normale supérieure.

D. Chirurgien de Hertford-British Hospital.

III. — SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de l'Académie de médecine (Section de médecine opératoire), depuis 1892.

Membre titulaire de la Société de chirurgie de Paris, depuis 1878.

Membre honoraire (ancien vice-président) de la Société anatomique.

Correspondant de l'Académie de médecine de Rio de Janeiro (Brésil).

Correspondant de la K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Collaborations.

Revue des sciences médicales. — Direction de la partie chirurgicale de cette revue depuis sa fondation, 1873.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Revue de chirurgie.

France médicale (Direction de ce journal pendant les années 1873-1878), etc., etc...

IV. — PUBLICATIONS ET TRAVAUX

§ 1er. — Pathologie générale chirurgicale.

1. — *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques.* (Thèse présentée au concours pour l'agrégation, section de chirurgie. — Paris, Masson, 1875.)

Dans cette thèse sont recueillis et analysés la plupart des documents parus jusqu'alors sur cette importante question qui a pris, sous l'influence des travaux de M. Verneuil et de ses élèves, un tel développement. Les rapports du traumatisme avec le rhumatisme, la goutte, le cancer, la scrofule, l'herpétisme, la syphilis, le paludisme, l'alcoolisme, le diabète, l'albuminurie, la leucocythémie, le scorbut, y sont étudiés et décrits. La conclusion principale qui se dégage de ce travail, conclusion conforme de tous points aux idées de M. Verneuil, est que la réaction des maladies constitutionnelles sur les lésions traumatiques, sans être absolument constante, se traduit en général soit en imprimant à la marche de la lésion traumatique un cachet spécial qui rappelle les manifestations spontanées de la maladie dont est atteint le blessé, soit en arrêtant le travail réparateur d'une manière plus ou moins complète, si le malade qui est sous l'influence d'une maladie constitutionnelle est arrivé à un état de cachexie véritable.

2. — *Sur l'action que le traumatisme exerce sur les états pathologiques antérieurs.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IX, p. 361; 2 mai 1883.)

Observations cliniques suivies de réflexions touchant l'influence que le traumatisme, et particulièrement le traumatisme opératoire, exerce sur l'évolution de certaines diathèses, telles que la diathèse tuberculeuse et la diathèse cancéreuse; — l'action qu'il exerce sur la marche de certaines lésions affectant des viscères importants, tels que le foie et les reins; — l'aggravation de la glycosurie et des troubles qu'elle entraîne dans le diabète.

3. — *Observations nouvelles pour servir à l'étude de l'influence réciproque du rhumatisme et des lésions traumatiques.* (*France médicale*, p. 749 ; 1876.)

4. — *Rapport sur un travail de M. le Dr Reynier, intitulé : De la valeur pronostique du réflexe rotulien dans le diabète au point de vue chirurgical.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIII, p. 444 ; juillet 1887.)

5. — *Traumatisme et grossesse.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 97 ; 1er février 1888.)

C'est l'observation d'une jeune femme enceinte de sept mois, atteinte d'un ostéo-sarcome du fémur à marche rapide, qui nécessita l'amputation sous-trochantérienne. Quoique les suites de l'opération eussent évolué sans fièvre et sans complication d'aucune espèce, l'opérée accoucha d'un enfant vivant, 18 jours après l'amputation dont la guérison était déjà complète. L'enfant vécut deux mois, puis mourut d'athrepsie ; la mère succomba un an après à une généralisation de la tumeur. Ce fait s'ajoute à d'autres qui prouvent qu'il n'est pas nécessaire que l'acte opératoire se complique de fièvre ou d'un état septique, pour qu'il interrompe le cours de la grossesse.

---

6. — *De la transmissibilité du tétanos traumatique de l'homme à l'homme.* (*Communication à l'Académie de médecine*, séance du 19 juin 1888 ; — *Rapport de M. Verneuil. — France médicale*, p. 866, 21 juin 1888.)

Le point de départ de ce travail est une double observation dans laquelle la transmission du tétanos d'un malade de mon service à un blessé du service de M. le Dr Charles Nélaton a pu être suivie et mise hors de doute. En examinant et anaylsant avec soin, à ce propos, les différents cas de tétanos traumatique que j'ai eu l'occasion d'observer, je suis arrivé à reconnaître qu'ils accusaient tous la nature infectieuse de cette complication des plaies, et qu'ils pouvaient même être invoqués à l'appui des idées émises par M. Verneuil sur l'origine équine de sa transmission.

Cette communication a été l'objet d'un important rapport, dans lequel M. Verneuil a développé sa doctrine en l'appuyant sur les faits

multipliés qui lui ont été communiqués à cette occasion, et sur l'examen approfondi de ceux qui avaient été antérieurement publiés. On se souvient de la discussion qu'a soulevée, dans le sein de l'Académie, la lecture de ce rapport.

7. — *Traitement du tétanos traumatique.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VIII, p. 614 ; 4 octobre 1882.)

Communication de deux cas de tétanos traumatique grave, l'un suivi de mort, l'autre de guérison obtenue par la désarticulation immédiate du coude (il s'agissait d'une plaie par un coup de feu à la main). L'opération fut suivie de la suppression des attaques généralisées et des spasmes discontinus, mais la contracture du tronc et le trismus persistèrent encore plusieurs semaines.

8. — *Cas de tétanos traumatique grave guéri à la suite de l'amputation.* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 29 novembre 1892.)

9. — *Rapport sur plusieurs mémoires concernant le traitement du tétanos.* (*Ibid.*, 23 mai 1893.)

« L'amputation, pratiquée dans les tissus sains, met le blessé dans les meilleures conditions pour la guérison du tétanos traumatique ; dans le cas où elle peut-être exécutée sans causer de mutilation trop étendue, on doit y recourir aussitôt que possible après le début des accidents. Quand, par le fait d'une lésion traumatique, la vitalité et le bon fonctionnement d'un membre se trouvent gravement compromis et que la question d'amputation se pose, l'apparition du tétanos traumatique doit faire pencher la balance du côté de celle-ci. »

Telles sont les conclusions auxquelles m'ont amené les observations de tétanos traumatique tirées de ma propre pratique ; elles sont au nombre de quinze : treize malades, traités par des moyens locaux divers, soumis à la médication par le chloral à haute dose, ont succombé ; deux ont survécu, les seuls chez lesquels j'ai eu recours à l'amputation ; celle-ci avait été faite au moment où l'insuccès des autres moyens d'action, entre autres des injections de sérum antitoxique, et l'aggra-

vation constante des accidents, ne laissaient plus guère de doute sur l'issue fatale de la maladie.

Parmi les moyens qui ont été préconisés dans ces derniers temps contre le tétanos traumatique, il faut surtout compter la méthode des injections antitétaniques par le procédé de Tizzoni-Catani : mon étude n'eût pas été complète si je n'eusse cherché à approfondir ses résultats; or, l'examen attentif de tous les cas publiés jusqu'à ce jour et de ceux où les injections de sérum antitétanique ont été appliquées dans ma pratique, m'a conduit à reconnaître que la valeur curative de ces injections à l'égard du tétanos déclaré est des plus contestables, que son efficacité prophylactique n'est même pas certaine chez l'homme; c'est ce qui paraît résulter de documents fort intéressants recueillis par M. le Dr Rouch, médecin de la marine, pendant la campagne du Dahomey, documents que je dois à l'obligeance de M. le Dr Treille, médecin inspecteur du corps de santé des colonies.

Plusieurs observations communiquées à l'Académie de médecine par MM. les Drs Cerné, de Rouen, Darolles, de Provins, et Follet, de Lille, et sur lesquelles j'ai été chargé de présenter un rapport, viennent à l'appui de cette manière de voir et prouvent l'efficacité que possède le traitement local énergique pour la cure du tétanos.

Désinfecter par tous les moyens possibles, ou mieux encore détruire, extirper le foyer traumatique, est la première des conditions à remplir pour éviter l'absorption ultérieure et l'accumulation de nouvelles doses de poison tétanique. Malgré les objections qui ont été adressées à cette manière de voir, notamment par MM. Verneuil et Chauvel, dans l'importante discussion qui a suivi à deux reprises différentes mes communications à l'Académie sur ce sujet, je suis encore convaincu que c'est en obéissant à cette indication que l'on a pour le moment présent le plus de chances d'obtenir quelques succès dans le traitement du tétanos traumatique.

---

10. — *Sur la pourriture d'hôpital.* (*Revue des sciences médicales*, t. VI, fasc. 2, p. 613; 1875.)

11. — *Gangrène du pied par embolie.* (*France médicale*, XXIXe année, t. I, p. 795; 10 juin 1882.)

12. — *De l'observation du réflexe palpébral dans l'anesthésie chloroformique.* Note de M. P. Berger présentée par M. Gosselin. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XCIII, p. 971; séance du 5 décembre 1881.)

J'insiste dans ce travail sur l'importance de l'exploration de la sensibilité cornéenne au cours de l'anesthésie chloroformique. Le réflexe palpébral (clignement) dû à l'attouchement de la cornée est l'un des derniers réflexes qui disparaissent; lorsqu'il fait défaut, on peut être sûr que, dans l'immense majorité des cas, l'anesthésie et la résolution musculaires sont complètes et on peut suspendre momentanément l'inhalation du chloroforme. Le retour de ce réflexe est le premier signe qui indique le commencement du réveil. La constatation de ce caractère permet donc de s'assurer que le patient est arrivé à la période de tolérance anesthésique ou qu'il est sur le point d'en sortir.

13. — *Sur les altérations du chloroforme.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 902; 21 décembre 1881.)

J'ai cru devoir signaler les conditions défectueuses dans lesquelles le chloroforme est conservé dans les services de chirurgie des hôpitaux, conditions telles que le chloroforme, suffisant pour obtenir une anesthésie sans danger, lorsqu'il vient d'être livré par la pharmacie centrale, est souvent dans un état d'altération prononcée qui se traduit par une odeur spéciale et par des troubles physiologiques plus ou moins graves dont sont atteints les malades, lorsqu'on l'administre pour une opération. J'insiste sur la nécessité de ne délivrer le chloroforme rectifié pour l'anesthésie chirurgicale, que dans des flacons de très petites dimensions en verre opaque, bien bouchés, et employés tels qu'ils sont déposés dans les services, sans qu'on cherche jamais à les remplir à nouveau sans les avoir vidés complètement et lavés, lorsque le chloroforme qu'ils contiennent commence à s'épuiser.

14. — *Anesthésie par le bromure d'éthyle.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 231; 7 avril 1880.)

15. — *Anesthésie par le bromure d'éthyle* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 320; 19 mai 1880.)

Relations d'expériences et d'observations cliniques très peu favorables à l'emploi chirurgical do cette substance comme anesthésique général. La période de tolérance est très courte et souvent elle est précédée d'une agitation violente.

---

16. — *Intoxication mortelle produite par l'injection d'une solution de cocaïne dans la tunique vaginale pour lacure d'une hydrocèle.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 16 décembre, p. 751.)

A mesuro que l'emploi des solutions de cocaïne pour produire l'anesthésie locale se vulgarise et sc répand, les accidents d'intoxication de plus en plus nombreux attirent l'attention sur les dangers de cette pratique. Dans deux articles récents parus dans la *Médecine moderne*, M. le professeur Germain Sée a cité deux statistiques relatant, l'une 96 cas d'intoxication, dont 10 furent mortelles, l'autre 170 cas d'intoxication avoc 11 cas de mort. Ces accidents sont-ils dus à quelque erreur dans le mode d'administration de l'anesthésique et dans la doso employée? Tiennent-ils à des conditions inhérentes à l'état pathologique du malade lui-même, à l'affection pour laquelle l'ancsthésie est requise, à la région où elle est appliquée? Peut-on les éviter d'une manière certaine? Existe-t-il pour la cocaïne une *dose maniable*, unc dose qui produise l'anesthésie locale avec unc entière sécurité?

Ces diverses questions se sont posées devant la Société de chirurgie dans unc importante discussion qui s'est élevéc à l'occasion d'un cas malhoureux que j'ai voulu porter à sa connaissance. L'injection d'une petite quantité d'une solution de cocaïne à 2 0/0 dans la tunique vaginale, pratiquéc par un de mes internes préalablement à l'injection iodée, avait suffi pour déterminer des accidents qui firent leur apparition au bout d'unc demi-heure et qui entraînèrent la mort on quelquos minutes au milicu de phénomènes violents d'excitation d'abord, puis de collapsus paralytique; et pourtant la solution de cocaïno injectée dans la vaginalo avait été évacuée au bout de moins d'une minute.

Plusieurs nouveaux faits d'intoxication produits par l'injection interstitielle de cocaïne furent cités dans la discussion qui suivit ma communication; malgré l'éloquent plaidoyer de M. Reclus en faveur de cette méthode d'anesthésie locale et la statistique vraiment remarquable

à laquelle il s'est référé, de seize cents opérations pratiquées avec l'aide de ce moyen sans accidents, il a paru, je le crois, à la majorité des chirurgiens présents, que l'administration de la cocaïne exigeait une réserve et une prudence beaucoup plus grandes qu'on ne le pensait jusqu'à présent. On est tombé d'accord que le maximum de la dose qu'on pouvait injecter sans danger était de cinq centigrammes environ; que cette dose ne devait être employée qu'à un état de grande dilution (en solution au centième), et que dans ces conditions encore l'on ne pouvait être absolument certain d'éviter des accidents et même des accidents mortels.

Ainsi donc, sans rejeter un moyen d'anesthésie qui peut rendre de précieux services, il convient de reconnaître que celui-ci ne présente pas l'innocuité qu'on s'accordait à lui attribuer. En attendant que de nouveaux faits et surtout que l'expérimentation aient jeté de nouvelles lumières sur l'action toxique de la cocaïne et sur les conditions dans lesquelles elle s'exerce, la discussion présente aura pour effet d'imposer la plus grande prudence dans l'emploi de ce moyen et de détruire la sécurité trompeuse avec laquelle on y recourt encore aujourd'hui.

17. — *Suite de la discussion sur les accidents provoqués par les injections de cocaïne.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVIII, 1892, 13 janvier, p. 44.)

Dans cette note additionnelle, je cite deux statistiques qui m'ont été communiquées par M. le professeur Germain Sée et dont l'une renferme 96 cas d'accidents par la cocaïne, dont 10 mortels, l'autre 170 cas dont 11 suivis de mort. J'ajoute à ces faits une nouvelle observation qui m'a été adressée par un médecin de l'armée et qui relate des accidents graves survenus à la suite d'une injection de cocaïne pratiquée pour l'avulsion d'une dent.

---

18. — *Sur le traitement des lymphadénomes par l'arsenic.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XV; 20 novembre 1889.)

A l'occasion d'une discussion qui s'est élevée sur ce sujet à la Société de chirurgie, je rapporte plusieurs observations dans lesquelles

des tumeurs lymphadéniques du cou ou de l'aisselle ont pu être améliorées ou même guéries, par l'administration de l'arsenic à hautes doses.

19. — *La transfusion du sang.* (Revue générale parue dans la *Revue des sciences médicales*, IVe année. t. VII, 1875; p. 356.)

20. — *La transfusion du sang en Allemagne et en Italie.* (*France médicale*, p. 357, 1874.)

21. — *Le pansement à l'iodoforme.* (Revue générale parue dans la *Revue des sciences médicales*, XIe année, t. XXI, 1882, p. 738.)

---

§ 2. — Amputations, résections.

J'ai cherché à faire connaître une amputation, la plus élevée et la plus étendue que l'on puisse pratiquer sur le membre supérieur ; je me suis attaché à montrer quelle place elle devait occuper dans la thérapeutique chirurgicale et quels services on pouvait en attendre, dans un certain nombre de travaux et de communications dont voici l'indication :

22. — *L'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc* (*Amputation interscapulo-thoracique*). Paris, Masson, 1887, gr. in-8°, 380 pages, avec figures dans le texte et 2 planches. — Ouvrage auquel l'Académie des Sciences a décerné une mention de 1,500 francs au concours des prix Monthyon, en 1887.)

Dans cette monographie, la seule qui ait paru jusqu'à présent sur cette opération, j'ai cherché à déterminer rigoureusement les résultats de l'amputation interscapulo-thoracique, de préciser ses indications, et de poser les règles de son exécution. — Pour y arriver, j'ai recueilli et reproduit toutes les observations dont j'ai trouvé la trace dans la littérature médicale, et j'y ai joint la relation d'un fait personnel dans lequel je pus, par cette opération, débarrasser d'un enchondrome pesant

33 livres, un sujet qui, au bout de quatre ans, vit encore et mène une existence active.

En étudiant les résultats qu'a donnés cette opération jusqu'à ce jour, je passe en revue les divers accidents (hémorragie, entrée de l'air dans les veines, shock traumatique, etc.) qui ont été observés dans son exécution ou à sa suite, et je crois pouvoir établir que la mortalité relativement assez faible dont elle est suivie ($^1/_6$), peut encore être notablement réduite par les perfectionnements apportés à sa technique et les progrès réalisés dans l'art des pansements. Quant aux récidives que l'on observe encore avec une redoutable fréquence lorsqu'elle est pratiquée pour des tumeurs malignes du squelette, elles sont pourtant moins communes que celles qui, dans les affections de cette nature, se produisent lorsqu'on a eu recours à une opération plus ménagée ou partielle, comme la résection ou l'amputation du scapulum.

Je signale, dans le chapitre relatif aux indications, sur quels éléments on doit baser l'intervention chirurgicale et le choix de l'opération, dans les traumatismes de la région scapulaire et dans les tumeurs qui se développent dans le squelette de cette région ; après avoir comparé, au point de vue de sa gravité et des récidives auxquelles elle donne lieu, l'amputation interscapulo-thoracique aux autres opérations que l'on peut mettre en balance avec elle, j'arrive à conclure :

Qu'en cas de lésion traumatique de l'épaule, broiements, arrachements, l'indication résulte bien plus des désordres des parties molles que des lésions du squelette ;

Qu'en cas de tumeurs de l'omoplate, l'amputation interscapulo-thoracique doit être pratiquée dans tous les cas où la résection de cet os ne peut être faite ou exposerait à trop de chances de récidive ;

Qu'en cas de tumeurs de l'humérus, l'ablation totale du membre avec l'omoplate doit être pratiquée dans tous les cas où la désarticulation de l'humérus ne peut suffire.

Enfin, le manuel opératoire de l'amputation interscapulo-thoracique a été l'objet de recherches d'amphithéâtre multipliées qui, grâce au concours de M. Farabeuf, m'ont permis de fixer les règles de cette opération avec une grande précision. Ce qui ressort de ces recherches et de l'analyse des opérations pratiquées sur le vivant, c'est que la ligature de l'artère et de la veine sous-clavières, pratiquée après la

résection de la partie moyenne de la clavicule, doit toujours constituer le premier acte de l'opération et, en quelque sorte, comme une opération préliminaire au début de l'amputation.

23. — *Ablation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc (Amputation interscapulo-thoracique). (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. IX, p. 656 ; 1er août 1883.)

Présentation d'un opéré.

24. — *De l'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc ; manuel opératoire. (Congrès français de chirurgie ;* 2e session, 1886, p. 498.)

Cette communication a trait au manuel opératoire de l'amputation interscapulo-thoracique, tel que nous l'avons établi, M. Farabeuf et moi, par la discussion des faits cliniques publiés et par nos recherches sur le cadavre. Cette communication se trouve dans le volume que j'ai fait paraître sur cette opération.

25. — *Rapport sur une observation d'amputation interscapulo-thoracique communiquée par M. le docteur Jeannel. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XIII ; 27 juillet 1889.)

26. — *Rapport sur une observation de M. le professeur Van Iterson (de Leyde) intitulée : Ostéo-sarcome de l'humérus ; amputation interscapulo-thoracique ; guérison. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XIV, p. 481 ; 13 juin 1887.)

Dans ce fait comme dans celui qu'a rapporté M. le Dr Jeannel, l'amputation totale du membre supérieur a été pratiquée en se conformant aux règles que j'ai données pour l'exécution de cette opération.

27. — *Rapport sur une observation d'amputation interscapulo-thoracique communiquée par M. E. A. Lewis (de Brooklyn). (Ibid.,* 5 février 1890, N. S., t. XVI, p. 98.

28. — *Sarcome périostique de l'humérus ; amputation interscapulo-thoracique.*

Rapport sur une observation de M. le Dr E. Monod. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 18 février, p. 120.)

---

29. — *Résection du coude; présentation du malade.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XI, p. 650; 24 novembre 1880.)

30. — *De la désarticulation de la hanche.* (*Revue des sciences médicales*, t. XI, fasc. I; 15 avril 1878.)

31. — *Désarticulation de la hanche pour un ostéo-sarcome, guérison.* — Présentation du malade. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 22 avril, p. 310.)

32. — *Sur la résection du genou.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 26 novembre, p. 742, et 17 décembre, p. 808; *ibid.*, t. XVII, 1891, 29 avril, p. 331.)

L'existence presque constante de lésions tuberculeuses centrales dans les extrémités articulaires des os, doit faire rejeter l'excision pure et simple de la synoviale (arthrectomie), et elle plaide en faveur de la résection articulaire précoce.

---

33. — *Sur l'opération Wladimiroff-Mikulicz.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XV, p. 187; 27 février 1889.)

34. — *Sur la résection ostéo-plastique du cou de-pied, dite opération de Wladimiroff-Mikulicz, à l'occasion d'une présentation de malade faite par M. le Dr Chaput.* (*Ibid.*, p. 338, 24 avril 1889, — et Paris, G. Masson, 1889, avec une figure.)

Ces deux communications ont trait à une résection peu pratiquée jusqu'à présent et même peu connue en France. La dernière est une monographie succincte où l'opération en question est étudiée au point de vue de ses résultats, de ses indications et de son manuel opératoire; ce travail est fondé sur l'examen de la plupart des faits publiés à l'étranger

et sur deux opérations nouvelles, l'une personnelle, l'autre duc à M. le Dr Chaput.

L'opération de Wladimiroff-Mikulicz, qui consiste dans la résection du cou-de-pied, de l'extrémité inférieure des os de la jambe et d'une étendue plus ou moins considérable du tarse, en conservant l'avant-pied que l'on met bout à bout avec le squelette de la jambe, de manière à transformer l'opéré en un *digitigrade*, cette opération, malgré le nombre assez notable d'insuccès qu'elle compte, malgré les cas assez fréquents de récidive de l'affection pour laquelle elle avait été pratiquée, semble destinée à agrandir le cadre des opérations conservatrices que l'on peut pratiquer sur le cou-de-pied. Elle y a sa place marquée à côté de la résection tibio-tarsienne et de l'amputation ostéo-plastique de M. Le Fort.

Pour ce qui est des procédés opératoires, j'ai été amené à mettre en usage et à proposer un mode opératoire nouveau, par lequel on conserve les parties molles du talon, les vaisseaux et nerf tibiaux postérieurs que l'on sacrifiait inutilement dans les procédés primitivement employés. Ce mode opératoire est d'une exécution aussi facile et plus sûre que l'ancien, et son résultat ne présente sur ce dernier aucune infériorité au point de vue de la forme.

35. — *Rapport sur trois communications intitulées : 1° Sur un procédé de résection ostéoplastique du pied, par M. le Dr Paul Michaux ; — 2° Phlegmon diffus du pied. Résection ostéo-plastique. Guérison par M. le Dr Gellé (de Provins) ; — 3° Tuberculoses osseuses multiples ; ostéo-arthrites du tarse. Résection de presque tout le tarse. Guérison, par M. le Dr Phocas, agrégé de la Faculté de médecine de Lille.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 14 janvier, p. 47.)

Le procédé auquel M. Michaux a eu recours pour pratiquer l'opération de Wladimiroff-Mikulicz est une modification du procédé que j'ai proposé et décrit et par lequel on évite d'intéresser le nerf et les vaisseaux tibiaux postérieurs. Pour atteindre ce but, je m'étais servi d'une incision en T, pratiquée sur le côté externe du cou-de-pied, incision à l'aide de laquelle j'avais découvert et extirpé la partie inférieure des os de la jambe et les os de la deuxième rangée du tarse, tout en conservant la totalité des parties molles, tant de la région postérieure

que de la région antérieure du cou-de-pied. Pour diminuer le bourrelet que forment ces parties molles par leur plissement lorsque l'on a mis en rapport les surfaces de section du squelette, en même temps que pour se créer une voie plus large, M. Michaux a pratiqué l'excision d'une partie des téguments qui recouvrent la face externe du cou-de-pied et en particulier la face externe du calcanéum. La perte de substance des parties molles qu'il a créée de la sorte lui a permis de pratiquer la résection du squelette du cou-de-pied et de fixer la surface de section des métatarsiens à celle du tibia et du péroné par une suture osseuse.

Cette manière de procéder est bien préférable à celle à laquelle a eu recours M. Gellé : celui-ci, dans la section des parties molles, a compris les vaisseaux et nerfs de la région postérieure, ainsi que la plupart des chirurgiens qui ont pratiqué la résection de Wladimiroff-Mikulicz l'ont fait jusqu'à ce jour. Si la section de l'artère et du nerf tibial postérieur n'a, le plus souvent, pas entraîné les conséquences fâcheuses qu'on en eût pu attendre au point de vue de la vitalité du membre, elle n'en constitue pas moins une aggravation manifeste et tout à fait inutile des lésions produites par l'opération. J'insiste donc de nouveau pour que, dans la résection ostéo-plastique du cou-de-pied, on adopte la modification conservatrice que j'ai fait subir à l'opération en question ou le procédé de M. Michaux qui repose exactement sur le même principe.

36. — *Amputation ostéo-plastique du pied par la méthode de M. Le Fort.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 352 ; 25 avril 1888.)

Pour fixer le calcanéum au plateau tibial, je me suis servi dans ce cas (comme je l'avais déjà fait, à la suite de la résection tibio-tarsienne) d'une longue cheville en os de veau, parfaitement aseptique, que j'ai retirée au bout de quatre semaines. Elle était déjà le siège d'un travail de résorption, manifesté par l'érosion de toute sa surface.

37. — *Résection tibio-tarsienne.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 639 ; 18 juillet 1888.)

Il s'agit encore d'un cas de résection dans lequel le calcanéum fut

cloué au tibia au moyen d'une longue cheville d'os de veau aseptique. Cette cheville fut retirée au bout de deux mois, alors que la consolidation était complète; sa surface était érodée.

38. — *Amputation médio-tarsienne par la méthode en raquette.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XV, 1889, 31 juillet, p. 646.)

Un des inconvénients de l'amputation dite de Chopart est d'exiger l'intégrité du grand lambeau plantaire qui doit recouvrir la surfaco articulaire des os de la deuxième rangée du tarse. Pour permettre d'étendro cette opération aux cas où les parties molles de la région plantaire antérieure sont intéressées, Denonvilliers avait proposé de pratiquer l'amputation médio-tarsienne en se servant d'une incision en raquette. C'est d'après les notes que j'avais recueillies aux leçons de ce maître, que j'ai formulé les règles suivant lesquelles doit être conduite l'opération modifiée de la sorte. Le malade que j'ai présenté à l'appui de ma communication, montrait le résultat obtenu, résultat qui n'est nullement inférieur à celui de l'amputation à lambeau plantaire.

39. — *Double amputation médio-tarsienne par deux procédés différents sur le même sujet.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVIII. 1892, 29 juin, p. 485.)

Ayant dû, chez le même malade atteint d'un double mal plantaire perforant, pratiquer deux ans plus tard l'amputation de Chopart, sur le pied du côté opposé, et l'état des parties molles permettant d'avoir recours au procédé classiquo, c'est ce dernier que j'ai mis à exécution. L'opéré, présenté à la Société de chirurgie, montrait donc sur ses deux pieds les résultats en quelque sorte comparés de l'amputation médio-tarsienne par la méthode en raquette et par le lambeau plantaire. Je dois dire que, bien que le moignon fût excellent des deux côtés, le procédé classique avait donné un résultat plus parfait au point de vue de la forme.

La méthode en raquette doit donc être réservée pour les cas où les lésions des parties molles ne permettent pas de recouvrir les surfaces avec un lambeau plantairo suffisant. La marche était d'ailleurs parfaitc,

et les moignons ne présentaient aucune tendance au renversement, les articulations ayant conservé toute leur mobilité.

40. — *Sur le traitement du pied bot congénital chez les enfants.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XIII, p. 701 ; 30 novembre 1887.)

Présentation d'un jeune garçon qui avait subi l'extirpation de l'astragale des deux côtés, pour remédier à un double pied bot congénital ayant résisté à la section des tendons d'Achille et des aponévroses plantaires. Ce cas démontre que, même chez les enfants, on peut être contraint de recourir à une opération chirurgicale (extirpation de l'astragale, tarsectomie postérieure) pour corriger des difformités très prononcées, et que l'on peut attendre d'elle un excellent résultat au point de vue du redressement du pied et au point de vue de ses fonctions.

41. — *Double pied bot varus congénital, traité par l'extirpation de l'astragale et la tarsectomie cunéiforme.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* 15 janvier 1890, N. S., t. XVI, p. 55.)

42. — *Mégalopodie ; opération.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XVI, 1890, 28 mai, p. 421.)

Dans ce cas de malformation bizarre où l'hypertrophie portait sur l'avant-pied et se compliquait de syndactylie et d'un développement lipomateux du tissu adipeux des faces dorsale et plantaire du pied, une amputation plastique de l'avant-pied me permit de rendre à celui-ci une forme aussi semblable que possible à sa configuration et à son volume normaux. La présentation de l'opérée et du moulage du membre fait avant l'opération ont permis de constater le résultat obtenu.

---

§ 3. — **Autoplasties.**

43. — *Blépharoplastie par la méthode italienne.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S. t. VI, page 203 ; 17 mars 1880.)

44. — *Ectropion considérable de la paupière inférieure. Greffe par transplantation d'un lambeau taillé dans la peau du dos combiné avec la blépharorraphie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 678; 27 juillet 1881.)

45. — *Transplantation d'un lambeau cutané pris sur la jambe gauche et laissé adhérent 23 jours à son point d'implantation, sur l'extrémité d'un moignon d'amputation de la jambe droite.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VIII, p. 135; 22 février 1882.)

46. — *Réparation d'une perte de substance du talon au moyen d'un lambeau pris sur la jambe opposée et laissé adhérent à son pédicule jusqu'au 24e jour:* Lecture et présentation de malade. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. XV, p. 838; 22 juin 1886. — Voir aussi *Gazette hebdomadaire*, numéro du 25 juin 1886, p. 428.)

47. — *Rapport sur deux observations d'autoplastie par la méthode italienne modifiée, communiquées par M. le Dr Poncet (de Lyon).* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 29, 4 janvier 1838, et Paris, Masson, 1888.)

48. — *L'autoplastie par la méthode italienne modifiée.* (*Communication à l'Académie de médecine*, septembre 1887, et *France médicale*, septembre 1887. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1887.)

49. — *Deux nouvelles opérations de blépharoplastie par la méthode italienne modifiée.* (*Communication à l'Académie de médecine*, séance du 15 octobre 1889, et *France médicale*, no 123, 1889. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1889; avec figures.)

50. — *L'autoplastie par la méthode italienne modifiée, indications, technique opératoire et résultats.* (*Congrès français de chirurgie*, 1889. — Avec de nombreux dessins dans le texte.)

Reprise, modifiée et pratiquée avec le plus grand succès, de 1816 à 1834, par Carl Ferdinand Graefe, la méthode autoplastique de Tagliacozzi était de nouveau tombée dans l'oubli le plus complet, quand, en 1878, une occasion se présenta pour moi d'y avoir recours. Il s'agissait

d'un ectropion total résultant d'un lupus qui avait détruit toute la peau de la face ; les yeux étaient atteints de kératite vasculaire, l'un d'eux était perdu ; l'autre menacé d'une perte prochaine ; pour le conserver et permettre une blépharoplastie, un lambeau, taillé sur le bras, servit à reconstituer la paupière inférieure ; il fut fixé par la suture au visage, tout en demeurant attaché par son pédicule à son lieu d'origine ; le bras et l'avant-bras furent solidement fixés à la tête et à la nuque par un appareil plâtré et par des bandelettes de diachylon. Le pédicule du lambeau ne fut coupé que le 22e jour, alors que ce dernier avait contracté avec son nouveau point d'implantation de solides adhésions. Le résultat fut bon. Grâce à cette opération, la malade, qui fut présentée à la Société de chirurgie, put conserver l'œil gauche.

Les paupières du côté droit furent dans la suite l'objet d'une tentative de réparation effectuée par une autre méthode. Le lambeau, taillé dans la peau du dos, complètement détaché et dépouillé avec soin de son tissu cellulaire, s'adapta parfaitement à l'avivement de la joue droite qu'avait nécessité la suture de la paupière correspondante. Il reprit et vécut ; mais peu à peu, il s'atrophia, sans avoir jamais présenté de gangrène ni d'exfoliation, et il se réduisit au tiers tout au plus de ses dimensions premières.

Cette double expérience *in vivo* me permit de reconnaître que l'autoplastie par la méthode italienne, modifiée par Graefe, pouvait rendre les plus utiles services, et que ses résultats étaient de beaucoup supérieurs à ceux des greffes cutanées proprement dites.

Je m'appliquai dès lors à en multiplier les applications. Depuis seize ans, plus de soixante opérations ont été pratiquées par moi, à l'aide de cette méthode et pour les indications les plus diverses ; leurs résultats ont été pour la plupart présentés à l'Académie de médecine, à la Société de chirurgie, au Congrès français de chirurgie. J'en ai fait l'objet de plusieurs mémoires et de communications diverses. De nombreux travaux se sont, depuis lors, produits à l'étranger dans cette voie, d'abord en Allemagne, puis en Angleterre ; tous ont été postérieurs à la publication de mes premières observations.

Dans une communication au Congrès de chirurgie, après avoir donné l'historique complet de la question, j'ai fait de l'autoplastie par la méthode italienne une description rapide mais complète.

Ce mode d'autoplastie consiste essentiellement dans l'application, sur la région que l'on veut réparer, d'un grand lambeau pédiculé, pris sur une région éloignée du corps, partie que l'on maintient au contact de celle sur laquelle le lambeau est transplanté et fixé par la suture, jusqu'à la parfaite adhésion de ce dernier avec la surface qu'il doit recouvrir. Alors seulement on sectionne le pédicule du lambeau qui continue à vivre sur le terrain nouveau où il puise ses moyens d'existence.

La condition essentielle de sa réussite est l'immobilisation prolongée et la fixation en contact de la partie à laquelle on emprunte le lambeau et de celle sur laquelle on a fixé celui-ci, jusqu'à la section du pédicule ; immobilité difficile à réaliser et pénible pour le malade. L'autoplastie par la méthode italienne est donc une méthode de nécessité que l'on emploie surtout dans les cas nombreux auxquels les autres méthodes d'autoplastie ne sont pas applicables, par exemple quand il n'existe pas de peau saine au voisinage de la partie que l'on veut réparer. Mais elle est d'un utile recours également dans les opérations plastiques de la face où elle présente, sur les autres tentatives analogues, l'avantage de ne créer aucune perte nouvelle de substance.

Je ne puis donner ici le détail de ses indications, ni mentionner les règles, que j'ai scrupuleusement établies, de son exécution. Je ne veux pas néanmoins passer sous silence la condition essentielle que celle-ci doit remplir : on doit rechercher l'adhésion en surface du lambeau par toute sa face avivée, bien plus que la réunion exacte de sa circonférence ; il faut, en outre, pour que celui-ci réponde au but qu'il doit remplir, lui conserver la totalité du tissu cellulaire sous-cutané qui le double. Des préceptes très minutieux, mais faciles à suivre, régissent d'ailleurs les divers temps de ce genre d'autoplastie qui, si j'en juge par les résultats qu'il m'a donnés, est appelé à rendre d'utiles services à la chirurgie réparatrice dans des cas auxquels les opérations plastiques ordinaires ne sont pas applicables.

51. — *Chéiloplastie par la méthode italienne.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 5 nov., p. 679.)

Idem (*ibid.*, N. S., t. XVII, 1891, 9 décembre, p. 735).

Deux cas, montrant les bons effets que l'on peut obtenir de l'application de lambeaux pédiculés, empruntés au bras, pour la restauration de la lèvre inférieure, qu'il s'agisse de combler une perte de substance de celle-ci ou de remédier à son retournement complet (ectopion cicatriciel de la lèvre inférieure), produit par la rétraction d'une cicatrice de brûlure.

Cette opération, figurée par Taliacotius dans les planches de son ouvrage (*De curtorum chirurgia per insitionem*), n'avait été pratiquée à ma connaissance depuis cette époque que par Carl Ferdinand de Graefe.

52. — *Rétraction de l'aponévrose palmaire traitée par l'incision de la peau et de l'aponévrose dans toute l'étendue de la partie malade et par l'application d'un lambeau pédiculé pris sur le tronc (autoplastie par la méthode italienne modifiée.* (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1893.)

53. — *Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par la transplantation d'un lambeau pédiculé emprunté au tronc (autoplastie par la méthode italienne).*

(VII. *Congrès de Chirurgie*, 1893, Séance du 7 avril, p. 633.)

En raisons des récidives constantes auxquelles exposent les divers modes de traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire, l'excision complète de tous les faisceaux de l'aponévrose atteints par la rétraction inflammatoire est la seule méthode qui offre des chances de succès durable. Mais le caractère diffus des lésions, l'intime adhérence de l'aponévrose à la peau, rendent l'extirpation pure et simple des trousseaux au travers d'une incision longitudinale de la peau (procédé de Kocher) très difficile et même infidèle, car par ce procédé l'on s'expose à ménager quelques faisceaux fibreux qui peuvent ultérieurement reproduire la rétraction. Pour agir d'une manière plus certaine sur la cause de celle-ci, l'on ne doit pas craindre de sacrifier la peau dans toute l'étendue de la partie malade; on peut de la sorte voir et extirper de la manière la plus complète tous les faisceaux de l'aponévrose palmaire, évitant la lésion des gaines tendineuses, des vaisseaux et des nerfs. La perte de substance est ensuite comblée avec un lambeau pédiculé pris

sur le tronc et laissé adhérent à son lieu d'origine par son pédicule jusqu'à sa parfaite adhésion avec la surface qu'il doit recouvrir (autoplastie par la méthode italienne modifiée). Ce que nous savons des propriétés des lambeaux constitués de la sorte, permet d'affirmer que la peau transplantée avec son tissu cellulaire sous-cutané conserve toute son élasticité, sa souplesse et sa mobilité sur les parties sous-jacentes où aucun phénomène de rétraction fibreuse ou cicatricielle n'est à craindre. Un cas de rétraction invétérée de l'aponévrose palmaire, guéri par cette méthode, a été communiqué à l'Académie de médecine.

Ayant eu l'occasion par la suite de recourir un certain nombre de fois à ce procédé autoplastique, j'en ai fait l'objet d'une communication au VII[e] congrès de chirurgie auquel trois malades traités avec succès, de la sorte, ont été présentés.

54. — *Traitement des ulcères de la jambe par l'autoplastie par la méthode italienne modifiée;* présentation de malades. (*Académie de médecine,* séance du 14 octobre 1890.)

En présentant des malades sur lesquelles des autoplasties successives m'ont permis d'amener à guérison des ulcères circulaires incurables en apparence, et menaçant la vitalité du pied de telle sorte que le membre ne semblait plus justiciable que de l'amputation, j'insiste sur le but que l'on se propose de remplir par ces autoplasties : ce n'est pas seulement d'obtenir une cicatrice résistante, mais de pourvoir le membre de téguments normaux doublés d'un tissu cellulaire qui en permette le glissement; c'est en même temps de faire disparaître la rétraction cicatricielle et ses conséquences, et de libérer les parties profondes en extirpant non seulement l'ulcère, mais les parties sur lesquelles il repose. Ni les greffes de Reverdin, ni celles de Thiersch ne peuvent donner un semblable résultat. Mais pour que l'on puisse obtenir la guérison d'un ulcère par la méthode italienne d'autoplastie, il faut que le membre sur lequel on prend les lambeaux soit sain; ce sont des opérations qui ne doivent être entreprises que sur des sujets jeunes et bien portants; aussi sont-elles peu applicables aux véritables ulcères variqueux.

55. — *Transplantation d'un lambeau pédiculé emprunté à la jambe droite sur*

l'extrémité d'un moignon conique de la jambe gauche par la méthode italienne modifiée. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 4 juin, p. 436.)

56. — *Greffe par la méthode italienne modifiée; large ulcération du creux poplité consécutive à une brûlure; emprunt d'un lambeau cutané à la cuisse opposée; réunion parfaite.* Rapport sur une observation communiquée par M. le Dr Guelliot. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1890, 18 février, p. 124.)

57. — *Sur un procédé autoplastique destiné à remédier aux cicatrices vicieuses du cou (autoplastie en cravate).* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 26 février, p. 170.)

Pour remédier aux cicatrices vicieuses du cou, principalement aux cicatrices très étendues, consécutives aux brûlures, qui déterminent une flexion permanente de la tête, j'ai mis en usage le procédé suivant :

Une section transversale de la cicatrice, comprenant toute son épaisseur, la divise dans toute sa largeur; les bords de cette incision sont disséqués jusqu'à ce que le cou se trouve de nouveau dans la rectitude et que la tête ait repris toute sa mobilité.

Dans l'écartement des lèvres de cette incision, j'insère alors un très grand lambeau taillé dans la peau du dos et prenant son point d'implantation à la nuque. Ce lambeau, fixé dans la section transversale qui divise le tissu cicatriciel, figure ainsi une sorte de cravate de peau saine et extensible que l'on complète, s'il est nécessaire, par l'adaptation d'un deuxième lambeau, taillé sur la poitrine, dont le pédicule s'implante à la région de la fourchette sternale, et avec lequel on comble la partie antérieure de la perte de substance créée par l'incision.

Grâce à l'extensibilité de cette demi-cravate de peau interposée entre les deux moitiés de la cicatrice, la correction de l'attitude vicieuse se maintient en permanence. Il est nécessaire, en disséquant ces lambeaux auxquels je donne jusqu'à 20 centimètres de longueur, de comprendre dans leur constitution la totalité du tissu cellulaire qui les double et même, vers leur pédicule, l'aponévrose superficielle; grâce à cette précaution, on assure leur mobilité sur les parties sous-jacentes et surtout l'on risque moins d'intéresser les vaisseaux qui les alimentent.

58. — *Restauration de la cavité vésicale et du canal de l'urèthre par la méthode autoplastique, chez une petite fille atteinte d'exstrophie de la vessie* (*communication à l'Académie de médecine*, séance du 2 juillet 1889, et *France médicale*, 4 juillet 1889, p. 894.)

Exemple d'une reconstitution complète du canal de l'urèthre et de la paroi antérieure de la vessie par la méthode de la double superposition de lambeaux; cette observation n'est néanmoins pas un succès à l'actif du traitement autoplastique de l'exstrophie. Si le résultat plastique a été remarquable, la guérison de l'exstrophie n'a néanmoins pas fait cesser les crises douloureuses dont la vessie était le siège. Dans la cavité vésicale de nouvelle formation, les urines s'altéraient et donnaient lieu à des dépôts phosphatiques qui devenaient le point de départ de la formation de véritables calculs.

59. — *Exstrophie de la vessie guérie par une opération.* (*Académie de médecine*, séance du 21 avril 1891.)

Dans un cas précédent j'avais eu recours à une série d'opérations autoplastiques, pour recouvrir une exstrophie de la vessie, au moyen de vastes lambeaux cutanés pris au voisinage, par la méthode de M. Le Fort et de Thiersch.

Chez le deuxième malade que j'ai présenté à l'Académie de médecine, l'insuccès de cette méthode, dû à la gangrène d'un des lambeaux, m'a décidé à recourir au procédé de M. le Dr Segond, dans lequel la paroi vésicale, disséquée de haut en bas et rabattue, vient recouvrir l'orifice des uretères et reconstituer la paroi supérieure du canal de l'urèthre. Pour recouvrir la surface cruentee de ce lambeau vésical, au lieu d'employer, comme M. Segond, le tablier préputial passé au-dessus de la verge et dédoublé, j'ai pris un vaste lambeau sur la région antérieure du scrotum, lambeau qui fut ramené au-dessus de la verge et qui fut fixé, par sa surface saignante, sur la surface saignante du lambeau vésical rabattu sur la gouttière uréthrale. Le résultat fut des plus satisfaisants et, comparant ce cas à celui dans lequel j'avais employé la méthode autoplastique, il me parut que le second de ces procédés avait sur le premier l'avantage d'exposer moins aux incrustations calcaires de la cavité où aboutissent les uretères et aux douleurs qui sont la conséquence de cette complication.

L'opéré a été présenté à l'Académie de médecine.

60. — *Sur un nouveau procédé d'oblitération des fistules de la trachée consécutives à la trachéotomie par une autoplastie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XV ; 30 octobre 1889.)

Sur deux malades que j'ai présentés à la Société de chirurgie et qui portaient des fistules trachéales, l'un depuis 19 ans, l'autre depuis 6 ans, j'ai obtenu l'oblitération de ces fistules, larges et adhérentes, par le procédé suivant : La peau qui entourait l'orifice fistuleux a servi à constituer un plan profond de réunion, rétablissant la continuité de la surface interne de la trachée. En avant de ce plan profond de réunion, maintenu par des sutures perdues au catgut, on a effectué un plan de réunion superficiel, par le rapprochement et la suture, sur la ligne médiane, de deux ponts cutanés, taillés de chaque côté de l'orifice fistuleux.

61. — *Fistule trachéale fermée par une autoplastie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 12 février, p. 112.)

L'autopsie d'un de mes opérés, qui succomba quelques mois plus tard à la tuberculisation pulmonaire, permit de constater que, quoique la cicatrisation parût complète, il persistait encore un petit trajet fistuleux oblique, faisant communiquer la cavité de la trachée avec l'extérieur.

---

§ 4. — Maladies des os et des articulations.

62. — *Sur le développement, l'accroissement et la structure des os.* (Revue générale parue dans la *Revue des sciences médicales*, v[e] année, t. IX, 1876, p. 332.)

63. — *Sur l'ostéomyélite.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 360 ; 23 avril 1879.)

Cette communication a pour objet d'attirer l'attention sous les formes

cliniques très différentes que peut présenter l'ostéomyélite et notamment sur la périostite phlegmoneuse diffuse sans nécrose, dont elle renferme un exemple.

64. — *Présentation de pièces et observations à propos de la discussion sur l'ostéomyélite.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 441; 21 mai 1879.)

Abcès central du tibia consécutif à une ostéomyélite ayant débuté dix ans auparavant.

65. — *Sur l'ostéomyélite ;* discussion. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 450; 28 mai 1879.)

Communication nouvelle tendant à faire admettre, dans l'ostéomyélite, des types cliniques différents, dont la périostite phlegmoneuse diffuse serait un des plus tranchés.

66. — *Sur l'ostéomyélite.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 866 ; 3 décembre 1884.)

Dans ce travail, je rapporte plusieurs exemples d'ostéomyélites prolongées ayant déterminé des nécroses, des poussées aiguës et l'expulsion de séquestres un temps souvent fort long après la première invasion de l'ostéomyélite. Dans la même séance, je présente un tibia atteint d'ostéite épiphysaire depuis l'âge de 7 ans, et resté fistuleux pendant 65 ans. Ces faits démontrent l'évolution en quelque sorte indéfinie de l'ostéomyélite et la nature progressive des lésions qu'elle détermine.

67. — *Ostéomyélite infectieuse aiguë survenue vingt ans après une première poussée d'ostéomyélite terminée par une guérison en apparence complète. — Désarticulation de la cuisse : mort.* (*Bulletins de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 77 ; 25 janvier 1888.)

Le fait qui a donné lieu à cette communication est une observation d'ostéomyélite infectieuse aiguë survenue chez une femme de 45 ans, 20 ans après une première poussée d'ostéomyélite qui s'était terminée

par une guérison en apparence complète. La désarticulation de la hanche dut être pratiquée d'urgence et la malade succomba le 5e jour après l'opération.

La première poussée d'ostéomyélite dont elle avait été atteinte avait été méconnue et prise pour une tumeur blanche du genou.

En recourant avec tout le soin nécessaire aux commémoratifs, dans la plupart des cas de ce genre, on trouve que l'ostéomyélite développée en apparence d'emblée chez l'adulte, a presque toujours été précédée d'une première atteinte survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence. Celle-ci peut avoir été complètement méconnue, car l'observation présente démontre qu'il est des ostéomyélites qui ne laissent aucune espèce de trace persistante, de modification anatomique durable, sur les os qui en sont atteints. Sans nier l'existence de l'ostéomyélite infectieuse aiguë survenant d'emblée chez l'adulte, il faut donc reconnaître qu'elle constitue une variété tout à fait exceptionnelle.

68. — *Abcès central de la diaphyse du fémur consécutif à une ostéomyélite chronique d'emblée, développée chez un adulte à la suite d'un anthrax de la nuque.* (*Académie de médecine*, séance du 5 août 1890).

Dès 1880, M. Pasteur annonçait à l'Académie de médecine qu'il avait trouvé dans le pus d'une ostéomyélite « un organisme pareil à l'organisme du furoncle... Si j'osais m'exprimer ainsi, ajoutait plus loin M. Pasteur, je dirais que, dans ce cas, tout au moins, l'ostéomyélite a été un furoncle de la moelle; » depuis lors, MM. Verneuil, Lannelongue, Albert (de Vienne) et un grand nombre d'auteurs, tant en France qu'à l'étranger, ont insisté sur la relation qui unit l'ostéomyélite au furoncle et à l'anthrax et sur la porte d'entrée que ces affections ouvrent aux organismes pathogènes de l'inflammation médullaire des os.

Aucune preuve de cette relation de cause à effet ne peut être plus convaincante que l'observation présente : nous y voyons la suppuration médullaire et l'hypérostose qui l'entoure se produire dans la convalescence même d'un anthrax, et pour ajouter une démonstration plus exacte encore à la relation de cause à effet qui unit ces deux affections, ce sont des cultures pures du *staphylococcus pyogenes aureus*, que l'on retrouve dans le pus du canal médullaire.

Le fait d'ailleurs est intéressant comme étant un exemple rare de

développement d'une ostéomyélite, et tout particulièrement d'une ostéomyélite chronique survenue d'emblée chez un adulte.

On sait que chez l'adulte l'ostéomyélite est une affection presque toujours secondaire : que pour qu'elle se produise il faut une infection. déterminée par un microbe pathogène, mais qu'il faut également une prédisposition constituée par l'existence d'une poussée antérieure d'ostéomyélite survenue pendant la période de développement et d'accroissement des os. Les faits qui échappent à cette règle doivent être considérés comme absolument exceptionnels ; M. Lemoyne, en 1885, dans sa thèse sur l'ostéomyélite aiguë des adultes, avait cru rassembler une vingtaine d'observations prouvant le développement d'emblée chez l'adulte de cette affection. Il résulte de l'examen critique auquel j'ai soumis ces faits, qu'il n'en est presque aucun dans lequel on ne retrouve les traces d'une ostéomyélite antérieure : celle-ci peut avoir passé inaperçue, son existence n'en est pas moins presque constante.

Notre observation est donc un exemple tout à fait exceptionnel d'ostéomyélite survenue d'emblée chez un adulte, et ayant déterminé la production rapide d'un abcès médullaire à la partie moyenne de la diaphyse, d'une nécrose centrale peu étendue, et d'un abcès sous-périostique.

69. — *Ostéomyélite chronique d'emblée chez une jeune fille de 16 ans, ayant déterminé la nécrose diaphysaire totale et la fracture spontanée de l'humérus gauche, l'infiltration purulente de tout le membre et ayant nécessité la désarticulation scapulo-humérale.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIX, 1893, 14 juin, p. 410.)

Fait insolite en raison du début et de la marche insidieuse des accidents et de la gravité des lésions qui contraignit à recourir au sacrifice du membre entier.

---

70. — *Sur l'ostéome des cavaliers.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIX, 1893, 27 décembre.)

Il semble que l'ostéome des cavaliers, qui résulte dans un bon nombre de cas d'une myosite ossifiante consécutive à une rupture

musculaire, puisse être du à l'arrachement d'un fragment osseux correspondant aux insertions musculaires, arrachement produit par une contraction violente des adducteurs, coïncidant avec un écartement brusque du membre inférieur porté dans l'abduction. C'est ce qui paraît résulter d'une observation personnelle et de l'examen d'un certain nombre de cas d'ostéome publiés dans la littérature médicale.

71. — *Des exostoses des adolescents. (France médicale*, p. 105, 121, 137, 370, 377; 1875.)

Leçon clinique de M. le professeur Richet.

72. — *Rapport sur deux observations communiquées par M. le docteur Dubar et intitulées : Luxation en arrière et en dehors de la phalangette du pouce droit ; — et périostiste suppurée sans nécrose de la moitié du fémur droit.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 334; 28 avril 1886.)

---

73. — *De l'arthrite du genou et de l'épanchement articulaire consécutifs aux fractures du fémur.* (Paris, Masson, 1373. — Thèse inaugurale.)

L'étude de ce phénomène, décrit pour la première fois par Gosselin comme un des caractères constants des fractures de la diaphyse fémorale, est fondée sur vingt-deux observations que j'ai recueillies à la Charité et dont quelques-unes ont trait à des fractures par coup de feu de la cuisse. Un certain nombre d'expériences pratiquées sur les animaux m'ont permis d'arriver, relativement à son interprétation, à l'opinion suivante : c'est qu'indépendamment de la lésion de la moelle osseuse et de l'ostéomyélite traumatique qui, par elles-mêmes, peuvent expliquer la production d'un épanchement dans l'articulation du genou à la suite de la fracture du fémur, cet épanchement est dû principalement à l'action de voisinage du sang épanché autour du cul-de-sac soustricipital de la synoviale.

74. — *Résection des fragments et suture osseuse dans le traitement des pseudarthroses du fémur (Avivement cunéiforme et enclavement des fragments ; —*

suture métallique à fils perdus). Mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 9 août 1887, avec présentation de deux malades, opérés par ce procédé. (*Revue de chirurgie*, novembre 1887, p. 853, avec 2 figures.)

Ce mémoire a pour but de faire connaître un nouveau mode de résection et de suture des fragments dans les pseudarthroses consécutives aux fractures de la diaphyse fémorale. — Il consiste essentiellement dans un avivement cunéiforme, tel que le fragment supérieur constitue par son extrémité un V saillant qui s'engage dans le V rentrant qu'on découpe dans l'extrémité du fragment inférieur. Deux points de suture faite avec deux fils de platine double maintiennent les fragments au contact; les chefs des fils sont coupés au ras de leur torsion et les anses métalliques abandonnées dans la profondeur des parties.

Deux malades atteints de pseudarthrose confirmée du fémur, que j'ai traités par ce procédé, ont consolidé; l'un d'eux a, néanmoins, éliminé un des points de suture métallique après une suppuration de quelques mois. L'autre a conservé ses deux fils. — L'un et l'autre marchent sans difficulté.

75. — *Arrêt du développement du membre inférieur consécutif à une pseudarthrose des os de la jambe remontant à l'enfance.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XI, p. 930; 30 décembre 1885.)

Fait intéressant en raison de l'atrophie considérable qui n'était pas limitée au segment de membre fracturé, mais qui s'étendait à la totalité de ce membre et même au bassin. — Présentation de la pièce (pseudarthrose fibrosynoviale formant une amphicondylarthrose) et deux observations.

76. — *Exemple de guérison sans suppuration profonde dans quelques blessures graves par coup de feu.* (*Union médicale*, juillet 1871.)

Travail reposant sur des observations recueillies dans le service de M. Gosselin, pendant le siège et la Commune. On y trouvera l'exposition du précepte que le professeur a plus tard développé dans son livre de clinique : abstention rigoureuse de toute exploration en cas de

fracture par coup de feu avec trajet étroit et nécessité de prévenir la suppuration du foyer de la fracture, en obtenant une réunion profonde des parties molles.

77. — *Quelques exemples de fractures compliquées de plaie communiquant avec de grandes articulations traitées par le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin.* (*France médicale*, nos 58 et 59; 1878.)

Grâce au pansement ouaté, j'ai pu obtenir la guérison non seulement sans accidents sérieux, mais souvent sans suppuration profonde et sans impotence consécutive notable, dans un grand nombre de cas de fractures articulaires compliquées de plaies des plus graves.

---

78. — *Des luxations de l'épaule compliquées de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.* (*France médicale*, nos 132, 133 et 134; 1884.)

Fondé sur plusieurs observations personnelles, je reconnais comme signe essentiel dans le diagnostic de cette lésion complexe, la possibilité de rapprocher le coude du tronc coexistant avec les signes ordinaires des luxations de l'épaule; j'insiste sur la possibilité de pratiquer aussitôt la réduction de la luxation dans un certain nombre de cas, et sur le pronostic moins grave au point de vue des fonctions, lorsqu'une luxation irréductible est compliquée de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus que lorsqu'elle ne l'est pas.

79. — *Fracture du col anatomique de l'humérus ou luxation sous-coracoïdienne compliquée de fracture?* (*France médicale*, xxiiie année, t. I; 5 janvier 1886.)

80. — *Luxation sous-épineuse de l'humérus, réduction spontanée pendant l'anesthésie chloroformique.* (*France médicale*, p. 758; 1876.)

81. — *Sur un cas d'atrophie musculaire portant sur les muscles de l'épitrochlée et consécutive à une luxation de coude réduite. Guérison par les courants continus.* (*Bulletins de la Société clinique de Paris*, t. I, p. 160; 1877.)

82. — *Rotule, ligament et tendons rotuliens (anatomie, physiologie, pathologie.)*

(Article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 245-370. avec nombreuses figures.)

83. — *Suture de la rotule par un procédé nouveau (cerclage de la rotule). (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XVIII, 1892, 13 juillet, p. 523.)

La suture de la rotule avec des fils métalliques traversant les fragments, est d'une exécution difficile quand l'un de ceux-ci est très petit. Le fragment peut se briser sous l'action du perforateur, ou il n'offre pas une prise suffisante au fil métallique. En pareille circonstance on peut conduire le fil d'argent tout autour de la rotule en le passant dans les interstices du triceps, du ligament rotulien et des ailerons latéraux; en serrant fortement l'anse ainsi formée, on rapproche et on maintient en contact les fragments, sans risquer de les briser et avec l'avantage de laisser le fil d'argent comme une suture perdue dans les tissus fibreux, en dehors de la cavité articulaire où il ne pénètre en aucun endroit. Dans un cas présenté à la Société de chirurgie, le résultat, au point de vue de la flexion et de la puissance d'extension du genou, était des plus satisfaisants.

84. — *Suture osseuse perdue au fil d'argent pour une fracture de l'olécrane,* présentation du malade. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XVII, 1891, 29 avril, p. 331.)

85. — *Luxation sous-astragalienne en dedans (Malgaigne), en dehors (Broca), compliquée d'un certain degré de luxation de l'astragale par rotation autour de son axe vertical.* Rapport de Théophile Auger sur une communication de M. Berger. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. III, p. 504; 25 juillet 1877.)

86. — *Sur le traitement des luxations de l'astragale à propos d'un rapport de M. le Dr Chauvel.*

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XVIII, 1892, 3 février, p. 92.)

Relation de quelques observations personnelles de luxations sous-

astragaliennes et de luxation de l'astragale par retournement, dans lesquelles l'extirpation de l'astragale a été pratiquée avec succès.

87. — *Luxation ovalaire (ischio-pubienne) du fémur.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 146; 5 février 1879.)

88. — *Sur la mobilisation et l'immobilisation dans les maladies articulaires.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 872; 19 novembre 1879.)

Des nombreuses observations de fractures articulaires renfermées dans cette communication, je crois pouvoir conclure avec M. Verneuil que si, dans les arthrites traumatiques, notamment dans celles qui sont consécutives aux fractures articulaires, on ne peut nier que l'immobilité trop prolongée n'augmente les raideurs et ne favorise l'ankylose; d'autre part, la mobilisation artificielle et plus ou moins violente de l'articulation peut être le point de départ de retours inflammatoires sérieux, qu'elle ne détermine le plus souvent aucune amélioration immédiate des fonctions, et que les bénéfices qu'on en retire peuvent être tout aussi bien attribués à l'action du temps et aux divers autres moyens employés, tels que le traitement thermal, les douches, l'emploi méthodique des courants électriques et la mobilisation naturelle exécutée par le malade lui-même.

89. — *Corps étranger volumineux du genou extrait par la taille articulaire.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIX, 1894, 3 janvier.)

Il s'agit d'un véritable chondrophyte, encore recouvert par la synoviale, mais libre dans l'articulation du genou. Il mesurait près de 7 centimètres dans son plus grand diamètre.

90. — *Orteil en marteau.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIX, 1893, 31 mai; p. 376).

La déformation en marteau des orteils coïncide parfois avec le pied plat. On peut se demander si l'affaissement de la voûte plantaire, par

la tension des tendons du long fléchisseur commun des orteils qui en est la conséquence ne contribue pas à produire la flexion d'abord temporaire, puis permanente de la deuxième phalange sur la première. Chez des enfants qui présentaient cette coïncidence du pied plat et de l'orteil en marteau, la seconde de ces difformités devenait moins frappante et se laissait même corriger en grande partie, quand on restituait à la voûte plantaire sa cambrure normale. L'application d'une semelle surélevée en liège, maintenant la concavité de la plante du pied, fit presque disparaître la malformation de l'orteil.

---

§ 5. — **Anévrismes.**

91. — *Anévrisme traumatique de la paume de la main; recherche des deux bouts de l'artère divisée.* (*France médicale*, page 545; 1874.)

Clinique de M. le professeur Verneuil.

92. — *Présentation d'un malade atteint d'un anévrisme artérioso-veineux du pli de l'aine, à la suite d'un coup de couteau.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IV, p. 605; 11 septembre 1878.)

93. — *Anévrisme faux consécutif guéri par l'application de glace sur la tumeur.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 834; 5 novembre 1879.)

94. — *Anévrisme artérioso-veineux de l'orbite, communication de l'artère carotide interne avec le sinus caverneux.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 899; 14 décembre 1881.)

95. — *Ligature de l'artère iliaque externe suivie de guérison pour un anévrisme de la partie supérieure de l'artère fémorale.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VIII, p. 717, 25 octobre 1882.)

Observation intéressante à cause de la production d'un second anévrisme au point où un artère avait subi la compression digitale pour la cure d'un anévrisme poplité qui fût guéri par ce moyen.

Au point de vue du manuel opératoire, elle montre la nécessité pour décoller le péritoine et découvrir l'artère, de recourber et de prolonger vers l'ombilic la partie externe de l'incision, et elle prouve l'efficacité de la ligature pratiquée avec le catgut.

L'opéré a été présenté à la Société de chirurgie.

96. — *Anévrisme cirsoïde de la main, guéri par les injections de perchlorure de fer.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 309; 16 avril 1884.)

97. — *Rapport sur deux communications de M. Kirmisson intitulées : Anévrisme inguinal du côté droit; ligature de l'iliaque externe, guérison; et mémoire sur les anévrismes inguinaux et la ligature de l'iliaque externe.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 471; 11 juin 1884.)

98. — *Rapport sur une observation d'anévrisme traumatique de l'artère cubitale communiquée par* M. Février (de Nancy) (ibid., 3 février 1892).

---

§ 6. — Fractures du crâne, lésions traumatiques du cerveau.

99. — *Considérations à propos d'une fracture insolite du crâne (fracture par contre-coup) compliquée : 1° d'un épanchement sanguin sans signe apparent de compression cérébrale; 2° d'une hémorragie cérébrale au point opposé à la fracture; 3° d'aphasie sans lésion appréciable du centre de Broca*, par M. Paul Berger et Mlle A. Klumpke. (*Revue de chirurgie*, t. VII, février 1887, p. 85, avec de nombreuses figures.)

Le titre de cette observation montre son intérêt scientifique et fait pressentir l'importance des considérations pratiques qui s'y rattachent. Dans les traumatismes cérébraux récents et considérables, il peut exister une aphasie parfaitement caractérisée, sans qu'il y ait de lésion appréciable de la circonvolution de Broca, du pied de cette circonvolution, de celles de l'Insula. On ne peut donc, en cas de traumatisme récent ayant porté sur le crâne, se fonder ni exclusivement, ni même principalement sur ce symptôme pour affirmer l'opportunité de la trépanation et pour déterminer le lieu d'application de l'instrument.

La disposition des traits de fracture observés à l'autopsie a été, pour les auteurs, l'occasion d'étudier les fractures indépendantes (par contrecoup) de la base du crâne (celles-ci affectent principalement les voûtes orbitaires, plus rarement le rocher); ils en ont fait représenter quelques exemples remarquables et sont entrés dans quelques considérations sur leur mode de production et leur mécanisme.

100. — *Fracture du crâne avec enfoncement compliquée de plaie communiquant avec la cavité cranienne. Accidents cérébraux primitifs. Expectation. Guérison sans nécrose et sans accidents cérébraux consécutifs.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. III, p. 511; 25 juillet 1877.)

Exemple remarquable de la simplicité avec laquelle évoluent certaines lésions traumatiques graves du crâne et de l'encéphale chez les jeunes sujets. Il doit être rapproché du fait suivant :

101. — *Fracture du crâne, avec hernie du cerveau.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, F. S., t. VI, p. 253; 14 avril 1880.)

Dans ce cas, la presque totalité de la moitié droite de l'os frontal dut être enlevée; le lobe frontal droit était déchiré et faisait une forte saillie qui se réduisit spontanément au bout de quelques jours. La cicatrice se fit aux dépens de bourgeons charnus qui se développèrent sur la surface même du lobe frontal mis à nu, après l'expulsion de quelques esquilles. Le jeune malade guérit, mais conserva une altération de son caractère et une diminution de l'intelligence.

102. — *Fracture longitudinale de la voûte du crâne sans enfoncement, siégeant à gauche. — Hémiplégie droite totale avec aphasie motrice. — Plus tard, phénomènes spasmodiques et convulsions occupant les muscles non paralysés. Trépanation. Encéphalocèle consécutive. Guérison avec retour partiel de la parole et de la motilité.* (*France médicale*, p. 1661 et 1673, 24 et 27 novembre 1888.)

103. — *Quelques considérations sur l'opération du trépan.* (*France médicale*, 1888, n°s 138 et 139, et Paris, Lecrosnier et Babé, 1888.)

104\. — *De l'intervention tardive dans les fractures du crâne avec enfoncement* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVIII, 1892, 12 octobre, p. 602.)

Chez un sujet qui avait, trois ans auparavant, subi une première et très large trépanation, pour une fracture fissurique du crâne, compliquée d'un énorme foyer de contusion intra-hémisphérique, se développèrent des accidents d'épilepsie jacksonnienne de plus en plus fréquents et graves. On incise la cicatrice, on détache la dure-mère de ses adhérences à la circonférence de la brèche osseuse qui n'était le siège d'aucune hypersostose, d'aucun développement d'ostéophytes ; l'opération ne permet de reconnaître aucune lésion capable d'expliquer les phénomènes d'excitation cérébrale qui persistent et s'accroissent, même pendant deux jours encore ; au bout de ce temps, on rouvre la plaie qui avait été réunie et en déchirant les épaississements fibreux qui recouvrent l'ancienne cicatrice cérébrale, on donne issue à un abcès dont l'évacuation amène très rapidement la diminution, puis la disparition des attaques. Le malade guérit en conservant une monoplégie brachiale contemporaine de sa fracture, mais ayant vu s'améliorer l'aphasie dont il était atteint. Une plaque de celluloïd, appliquée sur la surface cérébrale pour remplacer la partie de la voûte crânienne qui avait été enlevée, ne put être conservée.

Ce fait démontre que l'intervention primitive dans les fractures du crâne, ne met pas entièrement à l'abri des accidents d'encéphalite tardive, survenant au bout de mois et d'années. Un point infecté, perdu dans la profondeur de l'hémisphère cérébral, peut, même au bout d'un temps très long, donner lieu au développement d'un foyer septique avec toutes ses conséquences. L'indication à remplir en pareil cas est positive, et consiste à aller à la recherche de la lésion dont les accidents dépendent.

La plaque de celluloïd placée sous le péricrâne, pour remplacer la partie de la calotte crânienne qui avait été extirpée, eut été probablement tolérée, si l'ouverture de l'abcès et l'évacuation du pus n'en avaient déterminé la contamination et n'avaient forcé à la supprimer.

105. — *Relation d'un fait de séjour d'un projectile dans le crâne; communication à la Société de chirurgie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t., XIII, p. 592; 26 octobre 1887.)

Il s'agit d'une balle de revolver qui, pénétrant par l'orbite, était venue se loger dans la fosse occipitale entre la dure-mère et le crâne. Quoique tout le cerveau eût été traversé, ainsi que le prouvait l'existence d'une cicatrice très nette reconnue à l'autopsie, ce ne fut qu'au bout de quatre ans que la blessée fut enlevée par des accidents de méningite à marche rapide.

106. — *Plaie du cerveau par balle de revolver; aphasie, hémiplégie droite, issue de matière cérébrale; guérison complète avec rétablissement des fonctions.* (*Semaine médicale*, 6 mars 1889, p. 63.)

Cette observation est une des plus remarquables que l'on puisse trouver de retour graduel de la motilité et de guérison en apparence complète, malgré le séjour du projectile dans le crâne, à la suite d'une plaie pénétrante de celui-ci par coup de feu. Elle présente avec le fait précédent une analogie frappante; l'on ne peut malheureusement affirmer que la malade qui en est l'objet, soit à l'abri des accidents qui déterminèrent chez l'autre la terminaison fatale, après une guérison apparente de plusieurs années.

107. — *Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver avec issue de substance cérébrale, sans aucun phénomène immédiat ou consécutif; guérison sans issue du projectile.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVIII, 1892, 1er juin, p. 408.)

L'observation présente est un nouvel exemple de la tolérance do l'encéphale pour les projectiles de petit calibre : dans ce cas une balle de revolver, dont la pénétration avait été prouvée par l'issue de substance cérébrale par la plaie, vint se loger dans le lobe frontal, sans déterminer aucun accident ni aucune modification des fonctions cérébrales. Le malade guéri fut présenté à la Société de chirurgie où plusieurs de nos collègues citèrent, à cette occasion, des faits de même ordre.

Je crois que l'on peut en conclure que, dans les cas de blessure du crâne par une balle de revolver de petit calibre, ayant pénétré dans l'encéphale, l'abstention est préférable lorsque le blessé ne présente pas d'accidents, la recherche, l'extraction du projectile, le nettoyage et la désinfection du foyer traumatique, étant autant d'indications que l'intervention ne saurait remplir dans le plus grand nombre des cas. L'action chirurgicale, si elle s'exerce, ne saurait se proposer d'autre but que la régularisation de la plaie et l'extraction des quelques esquilles que le projectile peut avoir enfoncées dans la surface du cerveau.

108. — *Discussion sur les plaies pénétrantes du crâne par des balles de revolver.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XX, 1894, 10 janvier et 21 mars.)

C'est cette opinion que j'ai eu à défendre dans la discussion récente à laquelle ont pris part, à la Société de chirurgie, MM. Chauvel, Marchant, Monod, Quénu, Terrier, Tuffier : elle est absolument confirmée par les résultats des remarquables expériences que M. Delorme a instituées pour élucider ce sujet, et par les faits les plus récemment publiés et dont j'ai fait, à ce propos, la critique minutieuse. Ces faits démontrent que le plus grand nombre des succès dûs à l'intervention ont été fournis par la trépanation secondaire, pratiquée pour des accidents consécutifs à la blessure.

---

109. — *Sur la recherche et l'extraction des balles de revolver logées dans les cavités de l'oreille.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 697 ; 10 octobre 1888.)

La conclusion de ce mémoire est qu'il faut procéder à la recherche et à l'extraction des projectiles logés dans le rocher, toutes les fois que ceux-ci donnent lieu à des accidents, ou même à de la suppuration. La voie d'extraction qu'il faut adopter est ouverte par le détachement de la demi-circonférence supérieure du pavillon de l'oreille, que l'on rabat de haut en bas, ainsi que M. Verneuil a conseillé de le faire. Il est nécessaire, en outre, de débrider largement en arrière le conduit auditif externe et d'attaquer l'apophyse mastoïde au ciseau pour élargir la voie. Au cours de l'opération, l'explorateur électrique de M. Trouvé donne de

précieuses indications sur la situation du corps étranger. Deux cas sont cités, où ce procédé d'extraction a été mis en usage ; l'un d'eux est confirmatif de la théorie de Lussana et d'Inzani, qui font de la corde du tympan un nerf de sensibilité gustative.

---

§ 7. — **Encéphalocèle et spina bifida.**

110. — *Sur un cas d'encéphalocèle congénitale traitée et guérie par l'extirpation.* (Communication à l'Académie de médecine avec présentation de malade, le 14 janvier 1890.)

111. — *Considérations sur l'origine, le mode de développement et le traitement de certaines encéphalocèles.* (*Revue de chirurgie*, 1890, avril, p. 269.)

Ce travail est fondé sur l'examen anatomique de la pièce présentée à l'Académie de médecine dans la communication précédente, et sur les recherches bibliographiques portant sur le plus grand nombre des faits d'encéphalocèle actuellement publiés.

Cet examen, pratiqué dans le laboratoire de M. Ranvier par M. Suchard et par M. Ranvier lui-même, a conduit à des constatations imprévues et qui, si elles étaient confirmées par un plus grand nombre de faits, ne tendraient à rien moins qu'à modifier entièrement les doctrines actuellement reçues sur le mode de développement de cet ordre de malformations.

Voici les conclusions de ce travail :

1° La structure de la substance nerveuse qui entre dans la constitution de certaines encéphalocèles s'écarte notablement du type normal des parties de l'encéphale auxquelles ces tumeurs se rattachent ; cette circonstance, et les modifications particulières que présente l'enveloppe méningée qui les renferme, doit les faire considérer comme des produits néoplasiques véritables, analogues aux névrômes médullaires décrits par Foerster et Virchow, produits néoplasiques auxquels on pourrait donner le nom d'*encéphalomes ;*

2° La considération de ces caractères de structure nous conduit à ramener l'origine des encéphalocèles aux tout premiers temps du

développement embryonnaire, à un vice dans la formation de la vésicule encéphalique primitive.

Ce vice réside probablement dans la production d'une protubérance exencéphalique qui, se développant avant que le crâne membraneux se soit constitué, détermine un arrêt dans la réunion des lames qui le composent en s'opposant à leur rapprochement au point qui correspond à cette protubérance. Certaines encéphalocèles résultent donc d'une malformation primitive de l'encéphale entraînant un arrêt de développement du crâne. Ce sont de véritables ectopies de la substance encéphalique; elles ne sauraient être rapportées à une évolution pathologique intra-utérine, amenant la perforation de l'enveloppe osseuse du crâne et l'issue de son contenu; elles ne peuvent donc être assimilées en aucune façon à des hernies cérébrales;

3° L'examen des faits anatomiques confirme cette manière de voir en montrant que, depuis les cas les plus simples d'encéphalocèle jusqu'aux ectopies cérébrales véritables, il existe une foule de degrés qui conduisent de l'un à l'autre de ces états extrêmes par une transition presque insensible;

4° La distinction anatomique et pathogénétique que l'on a voulu établir entre les diverses variétés des encéphalocèles, méningocèles, ncéphalocèles pures, hydrencéphalocèles, distinction qui semble avoir été exagérée par les auteurs, ne se traduit souvent en clinique par aucun caractère distinctif capable d'assurer le diagnostic différentiel de ces variétés;

5° L'on doit ménager celles de ces tumeurs dont le volume est faible, l'accroissement peu marqué, et qui ne menacent pas l'existence dans un avenir prochain.

Celles qui sont volumineuses, tendues, dont les enveloppes amincies menacent de se rompre, celles mêmes qui sont le siège d'une augmentation de volume manifeste, lorsqu'il n'existe aucune contre-indication tirée de l'état général ou de complications locales, doivent être traitées par l'extirpation. L'opération qui me paraît mériter la préférence est celle qu'a préconisée M. Perier, à laquelle j'ai eu recours, et qui remplit les conditions exigibles pour obtenir la cure radicale de ce genre de malformations.

112. — *Rapport sur deux communications de M. le Dr Picqué, intitulées : 1° Considérations sur l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement des encéphalocèles ; 2° Énorme spina bifida de la région lombo-sacrée; extirpation, guérison.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XVII, 1891, 8 avril, p. 252.)

L'examen d'une intéressante observation d'hydrencéphalocèle, observée et extirpée avec succès par M. le Dr Picqué, fournit de nouveaux arguments pour combattre les idées de Spring et celles d'Ackermann sur la genèse des exencéphalies congénitales. Dans le fait de M. Picqué, le kyste de substance cérébrale, développé à l'extérieur du crâne, renfermait un liquide différant par sa constitution chimique du liquide céphalo-rachidien; il n'était donc pas constitué par une hydropisie ventriculaire limitée. L'aplatissement du crâne *en tête de crapaud*, qui était des plus marqués, contredit également à la théorie d'Ackermann, suivant laquelle le développement de l'encéphalocèle serait lié à une diminution, celui de l'hydrencéphalocèle à un accroissement de la pression intracranienne, le crâne se trouvant par conséquent réduit dans toutes ses dimensions dans l'encéphalocèle, accru dans tous ses diamètres au contraire dans l'hydrencéphalocèle.

113. — *Cure radicale d'un spina bifida lombaire chez une petite fille âgée de sept semaines. Greffe d'une plaque osseuse empruntée à l'omoplate d'un jeune lapin dans la perte de substance des lames vertébrales.* (*Bulletin de l'Académie de médecine,* 12 janvier 1892.)

Il s'agit d'une modification que j'ai fait subir au procédé de M. Perier pour la cure radicale du spina bifida : après la dissection de deux lambeaux cutanés et l'isolement de la poche méningée du spina bifida jusqu'au pourtour de la perte de substance du canal rachidien, la partie terminale de la moelle qui s'insérait au sommet de la tumeur fut détachée avec précaution de ses adhérences et réduite dans le canal vertébral. Puis une plaque osseuse de 3 centimètres de long sur 2 de large fut taillée dans l'omoplate d'un jeune lapin et insérée dans la perte de substance des lames vertébrales qu'elle comblait exactement. Les bords de la poche méningée, enfin les lambeaux cutanés furent réunis en arrière de cette greffe osseuse incluse dans le canal rachidien.

Les suites de l'opération furent satisfaisantes, il n'y eut pas de suppuration, la greffe fut conservée et l'enfant put être présentée à l'Académie de médecine au bout de deux mois. Malheureusement, elle était atteinte, dès sa naissance, d'une paraplégie complète avec paralysie du sphincter anal, que l'opération ne put faire disparaître.

§ 8. — Affection de la face et du cou.

114. — *De l'oblitération des narines produite par la saillie de l'extrémité antérieure du vomer et du moyen d'y remédier par une opération.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 390; 7 mai 1884.)

C'est à M. le professeur Duplay que je dois la connaissance de cette cause d'oblitération des narines, et du moyen thérapeutique efficace et sûr qu'on peut lui opposer; ni l'une ni l'autre n'ont, jusqu'à présent, été décrits dans les ouvrages spéciaux non plus que dans les traités classiques. L'oblitération de la narine est due à une sorte d'hypérostose de l'extrémité inférieure du vomer qui s'accompagne, généralement, d'inflexion en S de la cloison des fosses nasales, et de déformation ogivale de la voûte palatine. Pour y remédier, il suffit de raboter, en quelque sorte, avec un ciseau étroit et tranchant, la cloison des fosses nasales à sa jonction avec le plancher de cette cavité. Cette petite opération m'a donné un succès complet dans plusieurs cas où je l'ai tentée.

115. — *Des tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XI, p. 293; 6 mai 1885.)

A l'occasion d'une observation communiquée par M. le Dr Kirmisson, je me suis proposé d'étudier les diverses variétés que présentent ces tumeurs au double point de vue de leur constitution anatomique et de leur évolution clinique ainsi que le pronostic qui s'y rattache. J'ai pu réunir et classer en tableaux synoptiques 31 observations de tumeurs semblables et arriver, par l'étude de ces faits, à la conclusion principale que voici : c'est que, si la distinction entre les *chondromes vrais* et les tumeurs mixtes que l'on peut appeler *faux chondromes* doit être conservée au maxillaire supérieur, les premiers affectant une marche plus lente et reconnaissant un pronostic moins grave que les seconds, au

point de vue de la généralisation et des récidives, on ne peut néanmoins considérer les chondromes hyalins eux-mêmes comme des tumeurs de nature absolument bénigne, quelques-uns d'entre eux ayant une grande tendance à récidiver après une ablation, en apparence complète. Comme conséquence thérapeutique, les tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur doivent être traitées par l'extirpation complète, non seulement de la tumeur, mais de l'os ou des os affectés (Résection totale du ou des maxillaires supérieurs).

116. — *Sur deux observations de tumeurs des os maxillaires supérieurs (Chondrome. — Kyste dermoïde), communiquées par M. Jeannel; rapport.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XII, p. 622; 21 juillet 1886, et t. XIII, p. 69; 2 février 1887.)

117. — *Kyste développé aux dépens de la racine d'une dent malade et remplissant la cavité du sinus maxillaire gauche.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. VII, p. 422, 1er juin 1887.)

Fait confirmatif de la théorie de M. Magitot sur le développement des kystes des racines; la paroi du sinus maxillaire était refoulée par le kyste qui n'occupait pas la cavité même de l'antre d'Highmore, bien qu'il l'effaçât complètement.

118. — *Résection totale du maxillaire supérieur gauche; appareil prothétique; présentation du malade et de l'appareil.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XII, p. 688; 28 juillet 1886.)

119. — *Présentation d'un appareil prothétique destiné à remplacer la moitié de la mâchoire inférieure, chez un sujet sur lequel M. Berger avait pratiqué l'extirpation de la moitié droite de cet os.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. VIII, p. 765; 15 novembre 1882.)

120. — *Résection du maxillaire superieur pour un ostéosarcome de cet os, avec absence complète de déformation de la face.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XVI, 1890, 19 novembre, p. 724.)

Dans ces dernières années, on a préconisé à Lyon l'application

d'appareils prothétiques provisoires, adaptés à la perte de substance des maxillaires aussitôt après l'opération, en vue d'empêcher les déformations de la face tenant à la rétraction cicatricielle. Un constructeur qui a fait preuve d'une ingéniosité et d'un talent remarquable, M. Claude Martin, a multiplié les essais dans ce sens et il a publié les résultats auxquels il est arrivé dans une brochure intitulée : *De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires.*

Sans nier les services que peuvent rendre en certains cas ces appareils, il faut reconnaître que ces pièces prothétiques, appliquées dans une plaie récente et très complexe, rendent l'entretien aseptique de cette plaie difficile; qu'ils y jouent le rôle de corps étrangers; qu'ils s'opposent dans une certaine mesure à l'écoulement des liquides et à la désinfection; aussi pour remédier à ces inconvénients, M. Martin a-t-il multiplié les dispositifs et construit des appareils compliqués et nécessairement coûteux.

Le cas présent fait voir que la prothèse immédiate n'est pas nécessaire pour empêcher la déformation cicatricielle ; il suffit de diriger convenablement les sections osseuses, de conserver ce qu'on peut de l'os malade et du plancher de l'orbite, et de pratiquer, comme je l'ai fait, le tamponnement antiseptique de la perte de substance avec de la gaze au salol fortement comprimée.

121. — *Sur le traitement des névralgies sous-orbitaires.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VIII, p. 765, 15 novembre 1882.)

Des expériences faites pour étudier les effets de l'élongation de diverses branches du trijumeau, il est résulté que presque toujours le rameau sur lequel on exerçait la traction se rompait à un centimètre environ du point où s'exerçait cette traction.

122. — *Sur les altérations de la glande sous-maxillaire consécutives à la lithiase salivaire.* (*Bulletins et mémoires de la chirurgie*, N. S., t. XV, p. 599; 17 juillet 1889.)

Dans un cas où une induration suspecte de la glande sous-maxillaire compliquait un calcul salivaire, je pratiquai l'extirpation de l'organe malade. L'étude histologique de la pièce, pratiquée par M. Pilliet, nous

fit reconnaître, dans la glande sous-maxillaire, les lésions qui avaient été décrites dans le foie, comme la conséquence de l'oblitération des voies biliaires, par MM. Charcot et Gombault, et dans le rein, à la suite de la ligature expérimentale des uretères, par MM. Straus et Germont. Ces lésions sont la dilatation du système des canaux excréteurs, l'atrophie des éléments glandulaires, enfin la sclérose de l'organe, envahi par une infiltration cellulaire qui rappelle celle que l'on observe dans les processus infectieux. Il se pourrait, en réalité, que cette sclérose procédât d'une infection véritable dont les canaux excréteurs suppurés de la glande seraient le point de départ. Comme conclusion pratique de la découverte de ce fait, il faut admettre que l'extirpation de la glande malade est à conseiller, quand les lésions secondaires dont elle est atteinte l'ont conduite à ce degré de dégénération.

123. — *Lithiase parotidienne et tumeur érectile à la joue* (*Angiome caverneux*). (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IX, p. 886; 28 novembre 1883.)

124. — *Sur l'insuffisance de la considération des caractères physiques pour le diagnostic de certaines tumeurs ulcérées de la langue.* (*France médicale*, XXXIIe année, t. I, p. 737; 30 mai 1885.)

125. — *Sur la réunion par première intention des pertes de substance consécutives à l'ablation des tumeurs de la langue.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 4 février, p. 86.)

Pour l'extirpation des tumeurs malignes de la langue, après avoir enlevé les ganglions, sains ou malades, de la région sus-hyoïdienne et hyoïdienne, la glande sous-maxillaire, et pratiqué la ligature des artères linguale et faciale, on procède avec le bistouri ou les ciseaux à l'excision directe et très large de la partie malade en ayant soin de faire porter la section à distance du mal sur les tissus sains. Il m'a semblé qu'il y avait un réel avantage, pour obtenir une hémostase immédiate complète et pour abréger le temps nécessaire à la guérison, de réunir la vaste perte de substance qui résulte de cette ablation au moyen de points de suture les uns profonds, les autres superficiels, faits avec du fil de soie. Quoique d'autres opérateurs aient vraisemblablement eu recours

à ce mode de réunion, le précepte n'en a été formulé dans aucun ouvrage classique et dans aucune monographie, et c'est pour cela que j'ai cru devoir attirer sur lui l'attention des chirurgiens.

126. — *Traitement de l'épithélioma de la langue.* (*France médicale*, XXVIII[e] année, p. 133; 29 janvier 1581.)

127. — *A propos de l'opération du bec-de-lièvre; modification du procédé opératoire.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 358; 9 juin 1880.)

128. — *Épingle implantée dans le vestibule du larynx; extraction par les voies naturelles.* (*France médicale*, p. 1265; 8 septembre 1888.)

129. — *De la trachéotomie par le thermo-cautère.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N, S., t. IV, p. 641; 2 octobre 1878.)

Communication avec présentation d'une pièce démontrant que la trachéotomie pratiquée par le thermo-cautère ne donne pas d'escarre notable.

130. — *Examen des travaux récents sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du corps thyroïde.* (*Archives générales de médecine*, numéros de juillet 1874 et suivants.)

Cette revue générale contient une étude de la thyroïdectomie à une époque où elle n'était encore connue que par les premiers travaux de Billroth parus sur cette opération.

131. — *Goitre annulaire constricteur (épithélioma du corps thyroïde); thyroïdectomie totale; tétanie; cachexie strumiprive passagère.* (*France médicale*, numéros 51 et 53, avril, mai 1889. Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.)

Ce fait est intéressant à plus d'un titre. L'extirpation totale de la thyroïde qu'il fallait pratiquer, fut suivie à bref délai d'accidents menaçants de tétanie, qui se dissipèrent; puis de myxœdème et de tous les phénomènes décrits sous le nom de cachexie strumiprive. Cet état

alarmant ne fut néanmoins que temporaire, et la malade guérit de ces complications. Quant à la tumeur qui avait nécessité l'intervention, elle se présentait, à l'examen histologique, comme un épithélioma; et, cependant, son évolution fut celle d'une tumeur bénigne, et il n'y eut pas de récidive. Ce n'est pas le seul exemple que l'on connaisse de ce désaccord apparent entre les données de l'examen anatomique et celle de la clinique.

132. — *Kyste sanguin du corps thyroïde traité par l'électrolyse*, par MM. Berger et Onimus. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 324; 13 avril 1881.)

La guérison de la malade qui fait l'objet de cette communication n'était pas encore achevée quand l'observation en question fut publiée; elle fut complète peu de temps après. On peut néanmoins se demander si, dans ce cas, le succès ne fut pas dû à l'injection iodurée pratiquée pour faciliter l'action électrolytique du courant, plutôt qu'à l'électricité elle-même.

133. — *Tumeur occupant le lobe droit du corps thyroïde avec exophthalmie et perte de la vision de l'œil correspondant;* présentation de malade. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 277; 26 mars 1884.)

134. — *Thyroïdite aiguë terminée par résolution.* (*France médicale*, p. 583; 1876.)

§ 9. — Suppurations chroniques de la plèvre.

135. — *Pleurésie purulente, empyème pulsatile total, fistule pleurale consécutive, opération d'Estlander, guérison*, par M. Féréol. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. XIII, p. 262, 12 février 1884, et *Présentation du malade* par le même, ibid., même volume, p. 217; 5 février 1885.)

M. le Dr Féréol présente à l'Académie un jeune homme, sur lequel M. Berger a pratiqué l'opération d'Estlander, pour une fistule pleurale consécutive à un empyème pulsatile. Indépendamment de la question

médicale d'un haut intérêt que soulève cette communication, l'opération pratiquée mérite une mention, en raison de l'étendue des résections costales qu'elle exigea, et du succès dont elle fut suivie à une époque où le résultat d'aucune autre opération analogue n'avait été publié en France (1883).

Le même cas a été l'objet d'une autre communication de M. le Dr Féréol à la Société médicale des hôpitaux.

136. — *L'opération d'Estlander; rapport sur une présentation de malade faite par M. le docteur Bouilly.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IX, p. 958; 26 décembre 1883.)

C'est le premier travail d'ensemble qui ait paru sur cette opération en France: il renferme la relation des opérations de M. Bouilly, de mes observations personnelles et l'analyse de presque tous les faits et de tous les travaux parus à l'étranger sur ce sujet. Les conclusions que j'ai cru pouvoir en tirer, quoique trop favorables à l'opération (car parmi les faits sur lesquels elles se fondent, on a certainement publié plus de succès que d'insuccès), sont encore adoptées en grande partie dans la pratique chirurgicale.

137. — *Pleurésie purulente datant de deux ans et ponctionnée à plusieurs reprises; incision antiseptique de l'empyème; affaiblissement rapide. Résection, deux mois et demi après, des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 10e et 11e côtes; mort, autopsie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 85; 23 janvier 1884.)

138. — *Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Letiévant et d'Estlander).* (*Congrès français de chirurgie*, 3e session, mars 1888, p. 242.)

Ces deux derniers travaux ont pour but d'attirer l'attention sur le danger que présentent les résections costales trop étendues dans le traitement des fistules pleurales. La mort, en pareil cas, peut survenir par la gêne mécanique apportée à l'accomplissement des fonctions respiratoires. Ce sont principalement les dernières côtes, à partir de la 6e, qu'il faut se garder d'intéresser en même temps que les côtes moyennes, pour éviter de porter atteinte au jeu du diaphragme et de priver le

sternum de sen peint d'appui. Quand la cavité suppurante est très vaste et que le poumen est tetalement affaissé, si l'en est fereé de tenter une opération, il faut aveir recours à des réseetiens suecessives, ne eemprenant ehaque fois que deux, trois eu quatre côtes. Cette manière de procéder m'a réussi dans plusieurs cas de suppuratiens très étendues et très anciennes de la plèvre.

139. — *A propos de l'ouverture des kystes hydatiques du poumon. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XIX, 1893, 7 juin, p. 393.)

L'euverture par pneunotemie et l'évaeuation des kystes hydatiques du poumon n'est pas une opératien sans censéquence ; dans un eas de eette nature, au moment eù l'en faisait dans le kyste euvert un lavage avee la solution borique, la mort survint par suffocation, une eemmunication s'étant établie entre la eavité kystique et les bronehes et ayant permis au liquide, entraînant de nembreux vésicules hydatiques, de s'intreduire dans les voies aériennes.

§ 10. — **Plaies pénétrantes de l'abdomen; ruptures de l'intestin.**

J'ai pris le parti de publier teus les faits de plaies pénétrantes de l'abdemen qui se sont présentés dans ma pratique, et teut particulièrement les cas de plaies de l'intestin par balles de revelver, afin qu'ils puissent servir à éelairer la question, aetuellement eneore si discutée, de l'intervention ehirurgieale par la laparetomie dans les cas de ee genre. Voici l'indieation des faits que j'ai observés :

140. — *Plaie de l'abdomen avec issue et blessure du côlon transverse et de l'épiploon par un coup de couteau. Suture de l'intestin, réduction, guérison.*

Cemmunication à l'Aeadémie de médecine, avee présentatien de malade, le mardi 18 eetobre 1887. — Observation publiée dans la *France médicale* du 20 eetobre 1887.

141. — *Sur le traitement chirurgical des plaies pénétrantes de l'abdomen. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XIV, p. 281 ; 8 avril 1884.)

142. — *Sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen et plus particulièrement des blessures de l'intestin par projectiles de petit calibre (balles de revolver).* (*Ibid.*, t. XV, p. 93, 30 janvier 1889, et p. 141, 13 février 1889.)

143. — *Sur une observation de plaie non pénétrante de l'abdomen par balle de revolver,* communiquée par M. le docteur P. Michaux. (*Ibid.*, p. 236; 29 mars 1889.)

144. — *Sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen par la laparotomie.* (*Ibid.*; 27 novembre 1889.)

Ces faits m'ont donné : une guérison par l'expectation dans un cas de plaie du gros intestin par balle de revolver, avec phénomènes de péritonite circonscrite ; une guérison par l'expectation dans un cas de plaie de l'estomac par balle de revolver ; — une guérison par laparotomie et suture de l'intestin, dans un cas de blessure du côlon transverse par un coup de couteau.

Par contre, quatre cas, dans lesquels j'ai pratiqué, aussi rapidement que j'ai pu le faire et avec toutes les précautions de rigueur, la laparotomie pour des plaies de l'intestin grêle par coup de feu, se sont terminés par la mort. Cette petite statistique, quoique peu favorable à l'intervention, ne prouve rien contre la nécessité d'agir quand le blessé présente des accidents qui rendent certaine l'existence d'une blessure de l'intestin. Il faut reconnaître néanmoins, et deux de mes observations en sont des exemples, que ces plaies peuvent guérir spontanément ; mais cela ne s'observe guère que pour celles de l'estomac et du gros intestin ; c'était précisément le cas des deux malades que j'ai vu guérir sans opération. Un des faits dans lesquels la laparotomie fut pratiquée sans succès, pour une plaie pénétrante par coup de feu, me permit de vérifier le mécanisme de l'occlusion des plaies de l'estomac et de l'intestin par la muqueuse, mécanisme sur lequel M. Reclus a tant insisté dans ces derniers temps. Ce mode d'occlusion des plaies peut rendre compte de la guérison que j'ai vu survenir spontanément chez deux de mes malades (voyez aussi *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 920 ; 15 décembre 1886).

Voici deux nouveaux faits qui viennent se joindre aux précédents :

145. — *Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver ; blessure de l'intestin grêle et du cœcum ; laparotomie, suture de l'intestin, guérison.* (*Congrès français de chirurgie*, V° session, 1891, p. 359.)

C'est le premier exemple publié en France de guérison d'une plaie par balle de revolver de l'intestin grêle obtenue par la laparotomie et la suture des plaies intestinales, depuis le fait de M. Vaslin (d'Angers) remontant à 1880, et communiqué au Congrès de chirurgie en 1888. L'opération fut pratiquée plus de neuf heures après la blessure, dès l'apparition des premiers phénomènes péritonéaux ; il n'y avait pas d'épanchement de matières intestinales dans l'abdomen. Deux perforations de l'intestin grêle, une du cœcum furent oblitérées par la suture de Lembert ; le malade guérit après avoir vu s'opérer une désunion des lèvres de l'incision abdominale, désunion qui laissa s'écouler pendant plusieurs jours une notable quantité de liquide séreux, non purulent, épanché dans la cavité péritonéale.

146. — *Plaie de l'estomac par balle de revolver suivie de guérison sans intervention chirurgicale.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie.* N. S., t. XVII, 1891, 14 octobre, p. 475.)

Ce fait, dans lequel une plaie de l'estomac par balle de revolver, dont l'existence fut démontrée par des vomissements sanguins et alimentaires survenus aussitôt après la blessure, guérit spontanément sans aucun accident, est le dernier de ma statistique personnelle concernant les cas de plaie pénétrante de l'abdomen que j'ai observés. Tous ces faits ont été publiés et l'on en trouvera ici même l'indication complète.

147. — *Rapport sur un travail de M. le docteur Bouilly, intitulé : Coup de pied de cheval ; rupture de l'intestin grêle, sans contusion des parois abdominales ; péritonite suraiguë, laparotomie, réduction et suture de l'intestin ; mort au 10e jour.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie* ; N. S., t. IX, p. 689 ; 8 août 1883.)

Ce rapport, fondé sur l'analyse de tous les cas analogues dont j'ai pu trouver l'indication, se termine par les conclusions suivantes :

1° La recherche de l'intestin déchiré dans la cavité abdominale est une opération autorisée ;

2° La toilette minutieuse d'un péritoine atteint de péritonite par épanchement stercoral au début peut arrêter net l'inflammation de la séreuse ;

3° Le plus grand danger, après la résection et la suture de l'intestin réside, comme dans toutes les opérations de ce genre, dans la possibilité de la disjonction de la suture ;

4° Tous les efforts doivent tendre au perfectionnement de cette suture ;

5° Il est prudent de laisser la portion suturée et réduite au voisinage de la réunion de la paroi abdominale ;

6° Il est important de nourrir les opérés avec une extrême précaution ;

7° Enfin, il est permis d'espérer que l'expérience de faits semblables et l'acquisition de perfectionnements successifs, donneront, par cette conduite, des succès complets dans les ruptures traumatiques de l'intestin où l'intervention pourra être précoce.

§ 11. — **Hernies.**

148. — *Hernies.* (*Traité de chirurgie publié sous la direction de Simon Duplay et Paul Reclus,* t. VI, p. 543-848 ; Paris, 1892, G. Masson.)

Ce travail contient l'histoire complète et détaillée des hernies abdominales envisagées au point de vue de leurs caractères généraux et étudiées dans toutes leurs variétés.

L'introduction des opérations de cure radicale dans la pratique journalière de la chirurgie a déterminé, dans ce champ de nos connaissances, une révolution qui a mis un terme à de longues discussions et fait disparaître des distinctions qui, depuis les temps de l'Académie de chirurgie, se partageaient les opinions des chirurgiens. Les recherches expérimentales modernes et la bactériologie ont éclairé d'un jour nouveau la pathogénie des accidents dont les hernies sont le siège ; enfin un grand nombre d'observations et de travaux récents ont mieux fait connaître certaines variétés de hernies qui n'étaient jusqu'à présent que très imparfaitement décrites. Il était indispensable, dans un traité de chirurgie qui doit être l'expression de l'état actuel de nos connaissances chirurgicales, de mettre cet important sujet au courant des progrès

accomplis et de marquer le pas immense que l'étude des hernies avait fait depuis les immortels travaux de J. Cloquet, de Malgaigne et de Gosselin. C'est la tâche que je me suis efforcé de remplir, tout en retraçant, à propos de chacun des points de cette étude, l'évolution qu'elle avait suivie, et en appuyant ces notions historiques sur des indications bibliographiques ausssi complètes que possible.

Sans entrer dans l'analyse détaillée de ce travail, je me borne à signaler quelques-uns des chapitres qui renferment des contributions récentes, des aperçus et des développements nouveaux.

Dans la première partie, consacrée à l'étude générale des hernies, j'appellerai l'attention sur les chapitres consacrés aux accidents des hernies. La doctrine de l'étranglement s'est définitivement dégagée des obscurités dont l'enveloppaient, depuis Malgaigne, les considérations sur l'inflammation et la péritonite herniaires. Mais tout en établissant le rôle prépondérant que joue la constriction dans la production de tous les accidents qui atteignent les hernies intestinales, les recherches anatomiques ont montré le rôle que les modifications inflammatoires de l'anse intestinale jouent dans la constriction et dans l'évolution de l'étranglement lui-même. Aussi n'est-ce plus à une théorie purement mécanique de l'étranglement qu'il convient de se rattacher, pour la majorité des cas, mais à une conception plus physiologique qui fait de cet accident un véritable processus dans lequel la constriction subie par l'intestin y détermine l'apparition de lésions dont la conséquence est d'accroître le degré de la constriction elle-même.

Des investigations récentes, notamment celles de MM. Cornil et Tschistowitch, nous ont d'ailleurs fixés sur le mode suivant lequel se produisent les altérations graves de l'intestin étranglé, tandis que les recherches bactériologiques comme celles de Clado, Bönncken, nous donnaient l'explication du retentissement que l'étranglement herniaire exerce sur l'état général et montraient la relation qui l'unit aux lésions signalées depuis longtemps dans les organes éloignés, les reins, la rate, et surtout les poumons, par Verneuil et par ses élèves.

A côté des étranglements portant sur une anse intestinale complète, les pincements latéraux, dont l'existence a été contestée jusque dans ces derniers temps par W. Rose, méritaient une description plus détaillée que celle qu'ils ont reçue jusqu'à présent dans les ouvrages

classiques; il en a été de même pour les hernies adhérentes auxquelles j'ai dû consacrer d'assez longs développements, et pour certains accidents plus rares, tels que les étranglements internes par torsion, par coudure brusque, ou par bride, survenant dans un sac herniaire, ainsi que les néoplasies diverses, principalement le cancer ou la tuberculose, qui envahissent parfois les hernies.

Avant d'aborder la cure radicale, j'ai tenu à décrire dans ses traits les plus essentiels le traitement par les bandages en indiquant sommairement tout ce qui est relatif à la construction, au choix, à l'application de ces appareils. Il est en effet nécessaire d'appeler l'attention des élèves et des médecins sur des soins dont les chirurgiens eux-mêmes se déchargent trop souvent sur des personnes étrangères à toutes les connaissances scientifiques.

Les conditions de la cure spontanée des hernies et de leur guérison par les bandages m'ont servi d'introduction pour aborder l'histoire de la cure radicale. Si partisan que je sois des opérations curatives pour toutes les hernies qui ne peuvent être *constamment, complètement* et *facilement contenues*, pour me servir de la formule élégante et concise de Trélat, et même chez les jeunes sujets chez lesquels les tentatives de guérison par les bandages ont échoué, je reste convaincu que la majorité des hernies du jeune âge guérissent sans opération quand elles sont convenablement traitées. Je n'en dirai pas plus long sur les indications de la cure radicale auxquelles est réservée la plus grande partie de ce chapitre. Les procédés de cure radicale et leur manuel opératoire sont renvoyés aux chapitres consacrés aux diverses variétés anatomiques de hernies qui les comportent, et où ils sont étudiés avec les plus grands détails.

Le traitement de l'étranglement herniaire a également ressenti l'influence du courant qui porte actuellement la chirurgie à une intervention plus rapide et plus active. Sans rejeter le taxis, comme le font certains chirurgiens, il faut reconnaître que ses indications et les limites de son application se sont beaucoup restreintes; j'ai dû, néanmoins, réserver une place importante à sa description et à celle des accidents qui en sont la conséquence, en particulier aux fausses réductions.

L'opération de la hernie étranglée est débarrassée aujourd'hui de la

crainte que l'on avait d'intéresser la séreuse péritonéale; aussi la méthode de Jean-Louis Petit a-t-elle perdu sa raison d'être; l'ouverture du sac et l'inspection minutieuse de l'intestin sont reconnues comme l'un des temps les plus essentiels de l'acte chirurgical. En revanche la cure radicale de la hernie est devenue le complément obligé de l'opération dans tous les cas où l'intégrité de l'anse intestinale étranglée permet d'en effectuer la réduction.

Malgré les beaux résultats qu'ont donnés dans bon nombre de cas la résection et la suture de l'anse intestinale atteinte de gangrène, la discussion est actuellement ouverte entre les partisans de l'entérectomie suivie d'entérorraphie et ceux qui préfèrent encore recourir à l'établissement d'un anus contre nature. De nouveaux faits sont nécessaires pour fixer la conduite des chirurgiens sur ce point, à propos duquel j'ai dû me borner à présenter les documents relatifs à la question sans conclure.

La seconde partie de ce travail est consacrée à la description des diverses sortes de hernies envisagées suivant leur siège; j'indique ici seulement les chapitres où se trouvent contenus des documents, des aperçus ou des développements nouveaux.

C'est, dans l'histoire des hernies inguinales, l'étude complète des variétés anatomiques de ces hernies, particulièrement des hernies congénitales; puis, à propos de la hernie inguinale, la question du développement de la plupart des hernies obliques externes aux dépens des restes de la communication péritonéo-vaginale, question très controversée encore actuellement. La description des procédés de cure radicale de la hernie inguinale est faite avec les plus grands détails et illustrée de nombreuses figures qui en facilitent l'intelligence.

J'ai consacré un paragraphe aux hernies inguinales de la femme dont la plupart des auteurs ont trop négligé la description. Ces hernies présentent cependant des variétés intéressantes et peu connues sur lesquelles, dans un précédent mémoire, j'avais attiré l'attention de la Société de chirurgie.

A propos de la hernie crurale dont la fréquence chez l'homme et chez la femme peut désormais être évaluée avec certitude par les chiffres que renferme ma statistique, je me suis attaché à établir les indications toutes particulières qu'elle présente pour l'intervention

radicale, en raison des dangers auxquels elle expose. L'opération de la cure radicale, pour cette variété de hernie, est le plus souvent mal instituée; j'insiste sur l'utilité qu'il y a, pour obtenir une guérison durable, de constituer une occlusion permanente de l'anneau crural en suturant l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pecliné.

Un appendice contient des développements qui me sont entièrement personnels sur la coexistence de hernies inguinales et de hernies crurales chez le même sujet et sur les moyens de contention qui sont applicables à cet état. L'existence simultanée d'une hernie inguinale et d'une hernie crurale du même côté résulte souvent d'un affaiblissement général de la région inguino-crurale ; j'ai décrit cette disposition sous le nom de *distension du pli de l'aine*.

Dans les pages consacrées aux hernies ombilicales, l'étude anatomique et la pathogénie des hernies de la période embryonnaire et de la période fœtale est mise au courant des recherches les plus récentes. Des faits nombreux démontrent que l'intervention chirurgicale immédiate peut être appliquée avec succès aux faits de cet ordre et qu'elle doit même être la règle dans tous les cas où l'on a à redouter la rupture ou l'altération de la tumeur.

Dans les chapitres suivants sont étudiées les hernies de la ligne blanche, les hernies épigastriques et les éventrations ; puis les laparocèles, la hernie lombaire, la hernie obturatrice dont la description a reçu des développements tout nouveaux ; enfin la hernie ischiatique et les hernies périnéales de l'homme et de la femme. Celles-ci sont en général peu connues et je me suis attaché à décrire avec soin leurs diverses variétés, la hernie périnéale proprement dite, la hernie vagino-labiale, les hédrocèles, les élytrocèles.

J'ai terminé ce long travail par deux chapitres, l'un renfermant la description des hernies de la vessie, l'autre consacrée à celles des organes génitaux profonds de la femme : ovaire, trompe, utérus à l'état de vacuité ou gravide ; ces hernies méritent en effet une description à part que jusqu'à présent on ne leur a pas donné dans les traités classiques.

Des figures nouvelles en très grand nombre facilitent l'intelligence du texte. — Les sources bibliographiques ont été précisées avec le plus grand soin et je crois pouvoir affirmer qu'aucun travail antérieur de

quelque importanee, publié soit en France soit à l'étranger et concernant ees matières, n'a éehappé à mon analyse.

149. — *Des phénomènes nerveux qu'on observe dans le cours de l'étranglement herniaire.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. II, p. 698 ; 11 octobre 1876.)

Ce mémoire a pour objet d'attirer l'attention sur les phénomènes nerveux, jusqu'alors peu décrits, que l'on observe au cours de certains étranglements : ce sont des crampes, des contractures plus ou moins généralisées, de la tétanic, des convulsions éclamptiques, des accidents cérébraux caractérisés par du coma ct du délire.

« L'existence de ees accidents indique toujours un étranglement très serré, qui doit être levé sans retard, et l'imminence de lésions intestinales ne laisse, dans les cas de ce genre, au bout d'un temps très eourt, d'autre alternative que le débridement fait après l'ouverture du sac, et l'examen scrupuleux de l'intestin étranglé. »

150. — *Sur le mécanisme de l'étranglement herniaire.* (*Archives générales de médecine ;* août, octobre 1876.)

Après avoir passé en revue les théories diverses qui ont été invoquées, principalement en Allemagne par Roser, Hasse, Bidder, Busch ct Lossen, pour expliquer la production de l'étranglement herniaire, j'ai cru pouvoir établir, sur des expérienees personnelles, le rôle que joue, dans le mécanisme de l'étranglement, l'interposition d'une partie du mésentère (coin ou éventail mésentérique) entre les deux bouts de l'intestin, et celui qui revient à la distension gazeuse de l'anse étranglée et principalement de son bout supérieur, rôle démontré déjà par les expériences d'O'Beirne ct de Gosselin.

151. — *Sur une variété de fausse réduction des hernies (fausse réduction par refoulement sous le péritoine à travers l'incision pratiquée pour le débridement, dans l'opération de la hernie étranglée).* (*Revue de chirurgie,* t. IV, p. 786, avec figures ; octobre 1884.)

Ce mémoire eontient douze observations renfermant la mention d'un

accident semblable : l'une d'elles m'est personnelle ; deux autres, inédites, sont dues à M. Farabeuf, qui a joint à leurs relations des dessins fort démonstratifs. Trois nouvelles observations que M. le professeur Azam, de Bordeaux, a bien voulu me communiquer, sont publiées dans un appendice ; elles diffèrent des précédentes en ce que, dans les faits de M. Azam, l'intestin étranglé a été refoulé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal à travers une déchirure du sac produite par des efforts violents de taxis, tandis que, dans les premières, c'est au travers de l'incision nécessitée par le débridement que l'anse intestinale avait été refoulée dans le tissu cellulaire du bassin sans être réduite en réalité.

Signaler la possibilité d'un semblable accident, c'est indiquer les moyens qu'on a de l'éviter, de le reconnaître et de le traiter lorsqu'il s'est produit.

152. — *Des complications pulmonaires de l'étranglement herniaire.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. III, p. 506 ; 25 juillet 1877.)

Faits confirmatifs des idées de M. Verneuil, exposées par M. Ledoux, dans sa thèse sur ce sujet.

153. — *Hernie crurale droite étranglée avec accidents nerveux ; kélotomie ; mort par congestion pulmonaire.* (*France médicale,* xxve année, p. 681 ; 26 octobre 1878.)

154. — *A propos du traitement des hernies étranglées.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. IX, p. 678, 681, 682, 687 ; 1er et 8 août 1883.)

155. — *Contributions nouvelles à l'histoire du taxis.* (*France médicale,* p. 659 ; 1874.)

156. — *Sur la cure radicale des hernies.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XIII, p. 665 ; 16 novembre 1887.)

157. — *La cure radicale des hernies.* (*Revue des sciences médicales,* t. XXXII, p. 670-728 ; 1888.)

158. — *Volvulus de l'intestin grêle dans une hernie.* (*Bulletin de la Société clinique de Paris* et *France médicale*, 1891, 20 mars, p. 179.)

Les étranglements internes qui se font à l'intérieur d'un sac herniaire par le même mécanisme qui donne lieu aux occlusions intestinales siégeant dans le ventre, qu'il s'agisse d'une torsion, d'une coudure brusque de l'intestin ou d'un étranglement par bride, se distinguent de l'étranglement herniaire proprement dit par quelques caractères qui permettent, dans une certaine mesure, de reconnaître la nature des accidents auxquels on a affaire. Le malade présente l'ensemble des phénomènes fonctionnels de l'étranglement herniaire ordinaire, mais la hernie est peu tendue, elle n'est pas plus douloureuse au niveau de son pédicule que dans le reste de sa masse, elle est même parfois réductible en partie.

Dans un cas où la torsion d'une anse d'intestin grêle, dans une hernie ombilicale, était maintenue par une bride s'insérant au mésentère et allant se fixer à un fibrome utérin contenu dans le ventre, cas où la sténose intestinale était complète quoiqu'il n'y eût aucune constriction au niveau du pédicule de la hernie, j'ai pu annoncer presque avec certitude, en me fondant sur ces caractères, qu'il s'agissait d'un étranglement interne survenu dans un sac herniaire. Le traitement est d'ailleurs le même que celui de l'étranglement herniaire proprement dit.

159. — *Sur quelques variétés de la hernie inguinale congénitale, en particulier des hernies compliquées d'un kyste du canal de Nuck et des hernies en bissac.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 15 avril, p. 283.)

160. — *Sur la cure radicale des hernies inguinales chez la femme.* (*Ibid.*, p. 399.)

1. Les diverses variétés de la hernie inguinale chez la femme sont très imparfaitement connues ; l'existence même des hernies congénitales (hernies dues à la persistance du canal de Nuck) n'est pas considérée comme certaine par tous les auteurs ; les caractères anatomiques de ces hernies n'ont pas été décrits ; c'est à les établir que j'ai consacré la

première partie de ce mémoire, fondé sur l'observation de quelques cas rares de hernie congénitale chez la femme. Les caractères anatomiques qui permettent d'affirmer qu'une hernie de ce genre est bien d'origine congénitale, sont les suivants :

1° L'existence dans les enveloppes du sac herniaire de fibres musculaires lisses formant une couche continue semblable à du tissu dartoïque ;

2° La très grande vascularité de ce sac, dont les vaisseaux se continuent manifestement avec ceux qui émergent du trajet inguinal en suivant le ligament rond ;

3° La présence de cloisonnements incomplets sous forme de diaphragmes, de replis semi-lunaires, de valvules, de brides faisant saillie dans la cavité du sac ;

4° L'existence d'un cloisonnement complet transformant en une cavité distincte, en une sorte de kyste surmontant le sac herniaire, le fond de ce sac, c'est-à-dire le cul-de-sac terminal du canal de Nuck ;

5° Enfin et surtout l'adhérence intime du revêtement séreux du sac au ligament rond qu'il accompagne, comme le processus péritonéo-vaginal accompagne le cordon spermatique.

La seconde partie de ce travail renferme la relation détaillée d'une *hernie inguino-interstitielle en bissac* observée chez la femme et analogue à la hernie inguino-interstitielle que Tillaux a décrite chez l'homme. Les seuls exemples connus de cette variété rare de hernie inguinale de la femme ont été publié par Luke et par C. Hilton Golding-Bird. Dans le cas que je rapporte, la hernie fat traité avec succès par la cure radicale.

II. La cure radicale des hernies inguinales est d'ailleurs bien plus facile chez la femme que chez l'homme. L'adhérence du sac au ligament rond, la minceur du feuillet séreux qui tapisse cet organe rendent à la vérité son isolement parfois difficile, mais il n'y a aucun inconvénient en pareil cas à attirer et à extirper une certaine longueur du ligament rond en même temps que le sac herniaire. L'opération doit se terminer par une suture très soignée et très méthodique des plans profonds et superficiels de la paroi abdominale comme dans le procédé de Bassini.

161. — *Sur une nouvelle variété de hernie inguinale congénitale chez la femme (hernie enkystée de la grande lèvre).* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVIII, 1892, 26 octobre, p. 651.)

C'est encore une disposition rare de la hernie congénitale chez la femme qui fait l'objet du troisième de ces mémoires. Cette disposition résulte de la coexistence de la hernie et d'un kyste du canal de Nuck : l'adhérence de la cavité kystique et du sac herniaire, la minceur de la cloison qui les sépare, leur union intime avec le ligament rond, prouvent jusqu'à l'évidence l'origine congénitale de la hernie. Mais ce que ce cas présente de tout particulier, ce sont les dimensions du kyste, le fait que celui-ci ne renfermait pas de liquide, et la manière dont sa cavité s'étalait tout autour de la hernie, saillante et même presque pédiculée dans son intérieur, de manière à l'envelopper, à l'enkyster en quelque sorte. On ne peut être que frappé de l'analogie que présente cette disposition avec celle qui constitue chez l'homme la hernie enkystée de la tunique vaginale : celle-ci m'a semblé plus fréquente que les cas publiés par les auteurs ne le feraient croire tout d'abord, mais la hernie enkystée de la grande lèvre doit être d'une extrême rareté et le cas que j'ai eu l'occasion d'observer et de décrire est le seul exemple que j'en connaisse.

162. — *A propos des hernies enkystées.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVIII, 1892, 14 décembre, p. 787.)

La hernie inguinale enkystée est en effet moins rare chez l'homme qu'on ne l'admet le plus souvent. J'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs cas, dont quelques-uns ont été communiqués à M. Duret et publiés dans sa thèse de concours pour l'agrégation en 1883 ; j'en possède encore d'inédits et non les moins curieux. Celui que je rapporte dans ce travail a ceci de tout particulier qu'il s'agit d'une hernie inguino-propéritonéale, qui, refoulée dans le trajet inguinal par la poussée des viscères, est venue s'enkyster dans la partie intra-inguinale (interstitielle) du processus péritonéo-vaginal non oblitéré et largement dilaté.

A propos de ce fait de hernie péritonéo-vaginale enkystée, il n'est pas hors de propos de faire observer que, si la hernie enkystée est presque toujours d'origine congénitale, il peut n'en pas être ainsi dans certains cas, et que la présence d'une hydrocèle vaginale située en avant d'une

hernie acquise, donne parfois lieu à une disposition analogue à celle qui résulte bien plus souvent du cloisonnement complet ou incomplet du canal péritonéo-vaginal et do l'invagination de ses parties supérieures, passées à l'état de sac herniaire, dans ses parties inférieures transformées en kyste.

163. — *Du traitement des hernies inguinales congénitales par l'opération de la cure radicale.* (*La Médecine moderne*, 1890, 10 avril, n°s 16 et suiv., A. Rueff et Cie.)

Ce travail est consacré aux indications de l'opération dans les hernies inguinales congénitales non étranglées, indications qui peuvent se résumer en disant qu'un jeune sujet, atteint de hernie inguinale congénitale, s'il ne guérit pas par l'application méthodique dos bandages, doit être débarrassé de sa hernie avant l'âge adulte par l'opération de la cure radicale. L'existence d'une ectopie testiculairo, la difficulté de la contention de la hernie, les accidents qui peuvent s'y développer rendent encore cette indication plus formelle et plus pressanto.

Depuis que j'ai fait paraître cet article, j'ai beaucoup modifié le manuel de l'opération telle que je la pratiquais il y a quelques années; j'ai absolument abandonné le procédé do Macewen, auquel j'avais recours à cette époque, pour adopter un mode opératoire assez analoguo au procédé do Bassini, procédé qui donne une réunion beaucoup plus solide do la paroi abdominale.

Ces considérations sont suivies de la relation d'un certain nombre d'observations.

164. — *Sur l'orchidopexie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIX, 1893, 4 janvier, p. 39.)

L'ectopie inguinale du testicule est toujours compliquée, sinon d'une hernie complète, du moins d'une non oblitération de la partie la plus supéricure du conduit péritonéo-vaginal, de la présence d'un infundibulum péritonéal qui peut servir d'amorce à une hernie ultérieure. En abaissant le testicule vers le scrotum, on exerce sur cette pointe de la séreuse péritonéale une traction qui tend à l'engager davantage dans le trajot inguinal; l'adhérence de la vaginale du testicule avec le péritoine

en ce point est d'ailleurs un obstacle à la fixation de l'organe et à son maintien définitif dans la place qu'il doit occuper normalement. Il convient donc, dans toute opération d'orchidopexie, de chercher et de reconnaître cet infundibulum péritonéal même alors qu'il n'y a pas de communication apparente entre l'enveloppe séreuse du testicule et le péritoine; il faut traiter cet infundibulum comme une véritable hernie congénitale. L'opération de la cure radicale est le complément obligé de toute opération ayant pour but d'amener et de fixer dans le scrotum le testicule en ectopie.

L'occlusion du trajet inguinal par la suture de Bassini est le meilleur moyen de s'opposer à ce que l'organe, libéré de ses attaches crémastériennes et des adhérences fibro-séreuses qui le reliaient au péritoine, ne puisse remonter dans le trajet inguinal.

165. — *Sur l'existence simultanée d'une hernie inguinale et d'une hernie crurale situées du même côté et sur la distension de l'aine.* (*Communication à la Société clinique de Paris*, séance du 11 février 1892, et *France médicale.*)

Cette disposition n'a pas attiré l'attention des auteurs, et cependant elle crée des difficultés toutes particulières pour la contention de cette sorte de hernies auxquelles ne peuvent convenir ni les bandages inguinaux, ni les bandages cruraux proprement dits. Mais, indépendamment des cas où une hernie inguinale coexiste avec une hernie crurale du même côté, l'une et l'autre de ces hernies étant complètement indépendantes et conservant les caractères distincts, on voit quelquefois se produire une saillie due à l'affaiblissement de la paroi abdominale et portant sur la région inguinale comme sur la région crurale. Cette saillie constitue une sorte d'éventration à cheval sur la partie interne de l'arcade de Fallope ; c'est cette lésion que j'ai décrite sous le nom de *distension de l'aine*. Véritable hernie de faiblesse, elle n'expose que rarement à des dangers les individus qui en sont porteurs, mais sa contention par des bandages n'est le plus souvent que très imparfaitement obtenue.

J'en ai observé 225 cas chez l'homme et 20 seulement chez la femme.

166. — *Sur l'opération de la cure radicale des hernies crurales.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVIII, 1892, 4 mai, p. 341.)

Dans l'opération de la cure radicale l'occlusion complète du trajet herniaire par la suture a une importance de premier ordre. Celle-ci a jusqu'à présent été fort négligée ou même déclarée impossible dans l'opération de la hernie crurale. Je la pratique néanmoins couramment en réunissant, par plusieurs points de suture superposés à la soie, l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné. — L'exécution de cette suture est délicate ; on peut blesser la veine fémorale ainsi que cela m'est arrivé dans un cas, et, chez l'homme les vaisseaux spermatiques; mais on évitera ces accidents avec de la précaution et le soin de toujours passer les points de suture de dehors en dedans. La perforation de la veine fémorale, dans le cas auquel je fais allusion, traitée par une ligature latérale, n'a donné lieu à aucun incident ultérieur. J'ai traité de la sorte un assez grand nombre de hernies crurales et je n'ai jusqu'à présent pas vu survenir de récidive. Le manuel de cette opération et ses indications qui devraient être étendues à un beaucoup plus grand nombre de cas sont développés dans ce travail avec tous les détails que comporte ce sujet.

167. — *Deux observations de hernies ombilicales congénitales de la période embryonnaire, traitées avec succès par l'opération de la cure radicale le deuxième et le troisième jour après la naissance.* (*Revue de chirurgie*, 1893, septembre, p. 797.)

Le titre de ce mémoire indique suffisamment la nature des faits qui y sont rapportés. Des deux observations qu'il renferme j'ai pris occasion pour examiner avec soin quelques-uns des points relatifs à l'histoire des hernies ombilicales de la période embryonnaire.

I. Au point de vue de l'examen anatomique, je viens confirmer l'opinion, depuis longtemps adoptée par M. Duplay, combattue par O. Lindfors et par les auteurs allemands, d'après laquelle l'enveloppe profonde, transparente, amorphe, de la hernie est constituée par la *lamelle interne de la membrane primitive de Rathke.* — En continuité avec le péritoine, cette membrane qui forme le sac herniaire n'a ni la structure, ni la vascularité du péritoine, elle n'est donc pas constituée par le péritoine proprement dit, avec laquelle on la voit se continuer par une délimination très nette à la circonférence de la hernie, et au niveau des adhérences qui unissent les viscères au sac.

L'adhérence de l'intestin à la hernie mérite également de fixer l'attention; il ne s'agit pas d'adhérences acquises, mais d'une fusion complète qui démontre que l'intestin, dans les cas de ce genre, s'est développé hors de la cavité abdominale, au centre du cordon. L'intestin adhérent, dans les deux cas mentionnés, était le cœcum, l'appendice, le colon ascendant et même le colon transverse; ce qui porterait à croire que le gros intestin fait plus souvent partie des hernies du cordon que les auteurs ne l'admettent.

II. La partie la plus importante de ce travail est consacrée à la discussion du traitement applicable aux hernies embryonnaires du cordon. La détermination à prendre désormais ne saurait être douteuse; malgré les faits classiques de survie qu'on a observés à la suite de la chute du cordon et du bourgeonnement des enveloppes de la hernie, la guérison spontanée est trop aléatoire pour qu'on puisse en courir les chances; l'opération d'ailleurs donne, d'après la casuistique la plus récente, une immense majorité de succès. Parmi les interventions qui ont été proposées, c'est à la hernio-laparotomie, suivie d'une véritable omphalotomie et de la restauration par une suture à étages de la paroi abdominale, qu'il faut donner la préférence. Les procédés de ligature ne donnent ni la même sécurité contre les accidents, ni la même garantie contre les récidives. Ils seraient d'ailleurs souvent inapplicables en raison des adhérences intestinales; celles-ci sont une difficulté, mais non point un obstacle, ainsi que le prouvent les deux observations sur lesquelles repose ce travail; on en vient à bout par une dissection attentive et patiente.

Des tableaux synoptiques, où sont rassemblées toutes les observations de hernies embryonnaires traitées par l'opération, terminent cet exposé au cours duquel les indications bibliographiques relatives à la question ont été données de la manière la plus complète.

168. — *Rapport sur une observation de hernie obturatrice* communiquée par M. le Dr Picqué. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 2 décembre, p. 715).

Une remarquable observation de hernie obturatrice, communiquée à la Société de chirurgie par M. Picqué, m'a donné l'occasion de passer en revue les signes qui permettent d'établir le diagnostic de cette

variété de hernie, même en l'absence d'accidents d'étranglements. Parmi ces caractères, il faut donner une importance particulière au signe de Romberg et aux indications fournies par le toucher vaginal.

Les accidents soit légers, transitoires et répétés, soit graves, qui surviennent dans ces hernies, doivent tous être rapportés à l'étranglement et traités comme tels.

Toutes les hernies obturatrices, d'ailleurs, même celles qui ne sont point étranglées, doivent être soumises à l'opération, car on est dépourvu de moyen de contention qui leur soit applicable et le sujet qui les porte reste constamment sous la menace d'un étranglement.

Comparant, au point de vue de l'opération des hernies obturatrices, l'incision directe sur la tumeur de la région crurale à la voie abdominale, j'ai cru devoir m'élever contre la prétention de Lawson Tait, qui, tout récemment, a proposé de substituer la laparotomie aux opérations classiques dans le traitement de toutes les hernies étranglées ou non étranglées. L'incision abdominale, pratiquée pour arriver au siège de l'incarcération, dans tous les cas de hernie obturatrice où on y a eu recours, n'a donné jusqu'à présent que des insuccès.

169. — *Sur un nouveau mode de bandage inguinal présenté par M. le Dr F. Prévost (de Croissy).* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 22 avril, p. 309.)

Description d'un appareil que j'ai mis à l'étude dans mon service et qui constitue un bandage de force analogue au bandage Dupré, tout en conservant une certaine élasticité.

170. — *Bandage herniaire destiné à être porté la nuit.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVIII, 1892, 5 octobre, p. 588.)

Appareil assez analogue à celui que M. Championnière fait porter à la suite de l'opération de la cure radicale. Il est composé d'une pelote portant un ressort en acier analogue au ressort du bandage ombilical Dolbeau. Ce ressort est tendu par une ceinture molle qui entoure le bassin et qui exerce par cet intermédiaire une pression élastique sur la pelote.

171. — *Modèle de ceinture abdominale avec pelote et ressorts pour contenir certaines hernies abdominales; présentation d'appareil.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 219; 17 mars 1886.)

---

172. — *Rapport sur une observation de hernie inguinale congénitale étranglée d'emblée*, communiquée par M. le Dr Choux. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIX, 1893, 6 décembre, p. 680.)

Ce rapport insiste d'une manière particulière sur la nécessité de procéder à la cure radicale en isolant circulairement, d'une manière complète en pédiculisant le plus haut possible, en liant et en sectionnant la séreuse péritonéale. Pour atteindre ce but, dans les hernies congénitales surtout, il faut procéder à l'isolement du cordon et du sac au niveau de la partie la plus supérieure du trajet inguinal. On doit donc commencer toute opération de cure d'une hernie inguinale par l'incision de la paroi antérieure du trajet inguinal qui seule permet de traiter convenablement la séreuse, de faire une suture méthodique du trajet inguinal et, dans les hernies étranglées, de mettre largement à découvert l'agent de l'étranglement et les lésions de l'intestin quand elles se sont produites.

173. — *Entéro-épiplocèle congénitale gauche enflammée; obstruction intestinale; kélotomie, guérison.* (*France médicale*, p. 730; 1874.)

174. — *Hernie crurale droite étranglée depuis 36 heures; opération; lésions graves de l'intestin, anus contre nature, péritonite, mort.* (*France médicale*, p. 589; 1876.)

175. — *Rapport sur une observation de M. le docteur Eustache, intitulée : Hernie inguinale étranglée; taxis facile au bout de dix heures; gangrène étendue de l'intestin; mort.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 18, juin 1879.)

176. — *Rapport sur une observation communiquée par M. le docteur Eustache et intitulée: Hernie crurale étranglée; kélotomie; persistance de l'arrêt des matières fécales malgré le débridement et l'introduction du doigt et des*

sondes dans l'intestin ; mort. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 974 ; 31 décembre 1879.)

177. — *Hernie inguinale congénitale et obstruction intestinale coïncidant avec un kyste du cordon enflammé; disposition anormale du sac herniaire.* (*France médicale*, p. 433 ; 1874.)

Clinique de M. le professeur Verneuil.

Qu'il me soit permis, en terminant cette longue énumération des travaux que j'ai fait paraître sur les hernies, de dire que je vais très prochainement publier les résultats de la statistique que j'ai recueillie à la consultation des bandages, au bureau central.

Cette statistique, dont j'ai mis quatre ans à rassembler les documents, dont le dépouillement m'a pris dix années de travail presque continuel, est fondée sur dix mille observations de hernies, recueillies à la consultation des bandages ; les dix mille malades ont tous été examinés, interrogés par moi-même ; j'ai pris moi-même toutes les observations, recueilli tous les renseignements concernant l'évolution de ces hernies. Enfin j'ai seul procédé au dépouillement de cet énorme matériel; tous les calculs, basés sur les chiffres que j'ai recueillis, ont été faits et vérifiés par moi-même. Je compte donc, dans très peu de temps, pouvoir appuyer sur des nombres certains toutes les données relatives à la fréquence générale des hernies, à la fréquence relative des diverses espèces de hernies, à leur fréquence suivant les sexes, suivant les âges, à leur rapport au chiffre de la population aux différents âges. L'âge et l'époque d'apparition des diverses espèces de hernies, l'influence des causes accidentelles ou pathologiques, des grossesses, de l'hérédité, des professions sur leur développement me paraissent établis d'une manière définitive par ces recherches. Celles-ci combleront une lacune importante que présentait jusqu'à présent la pathologie générale des hernies et fixeront nos connaissances sur un certain nombre de points sur lesquels nous ne possédions que des renseignements erronés ou insuffisants.

§ 12. — Travaux divers.

178. — *Œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIX, 1893, 19 avril, p. 281.)

Dans ce cas une pièce de cent sous, arrêtée à la partie supérieure de la portion thoracique de l'œsophage, fut retirée sans difficulté par l'œsophagotomie externe.

Le malade guérit sans incidents.

Cette opération, dont plusieurs autres exemples, communiqués à cette occasion à la Société de chirurgie, montrent l'excellence, doit être pratiquée par une incision médiane; l'isthme du corps thyroïde étant divisé entre deux ligatures, le lobe gauche de cet organe étant rétracté à gauche et la trachée fortement érignée vers la droite, on voit et on incise sans trop de difficulté la partie latérale gauche de l'œsophage : l'usage de la sonde de Vacca n'est nullement nécessaire.

179. — *Cancer de l'œsophage avec perforation de trachée, gastrostomie, mort.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IX, p. 220; 14 mars 1883.)

Cette communication renferme l'indication du manuel opératoire de la gastrostomie dont quelques points sont étudiés avec des détails nouveaux.

180. — *Gastrostomie pour un rétrécissement cancéreux de l'œsophage.* (*France médicale*, 25 avril 1890.)

181. — *Id.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 11 juin, p. 444.)

A la suite de l'opération de la gastrostomie, l'écoulement du suc gastrique par l'orifice fistuleux a pu déterminer la digestion, l'ulcération et la destruction des adhésions qui fixent l'estomac à la paroi abdomidale. A l'occasion d'un fait dans lequel cette opération avait été suivie d'une survie assez prolongée du malade, j'ai constaté les bons

effets de la neutralisation des liquides versés par la fistule au moyen de poudres alcalines. L'ulcération et même l'irritation érythémateuse des bords de l'orifice gastro-épigastrique ont pu être évitées par l'emploi de ce moyen.

182. — *Pièce dentaire avalée et rendue par les voies naturelles.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XV, p. 221; 13 mars 1889.)

---

183. — *Trois opérations de laparotomie pour des occlusions intestinales.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 599 et 628; 3 et 17 novembre 1880.)

Dans le premier de ces faits il s'agissait d'un cancer intestinal ayant déterminé des accidents à brusque début, simulant l'étranglement; dans le second, c'était un étranglement par un diverticule intestinal compliqué de volvulus; dans le troisième, un étranglement par bride ayant déterminé la section de l'intestin et qui nécessita une entérectomie suivie d'entérorraphie. Les trois opérés succombèrent.

Ces faits, où l'opération avait été différée plusieurs jours, indiquent la nécessité d'une intervention hâtive, presque immédiate, quand les phénomènes d'étranglement interne se présentent et indiquent la laparotomie.

184. — *Observations de laparotomies pratiquées pour des étranglements internes.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XI, p. 194.)

185. — *Rapport sur quatre observations de laparotomie adressées par le docteur Jeannel.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 5; 6 janvier 1886.)

186. — *Rapport sur un travail de M. le docteur Quénu intitulé : Étranglement interne; laparotomie, guérison.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 172; 3 mars 1886.)

187. — *Volvulus de l'intestin grêle; péritonite généralisée; laparotomie; mort.* Rapport sur une observation communiquée par M. le Dr Ovion (de

Boulogne-sur-Mer). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. 181, p. 26; 4 janvier 1886.)

188. — *Cholécystotomie pratiquée pour une cholécystite suppurée.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 18 juin, p. 472.)

Présentation d'un malade chez lequel la cholécystotomie fut suivie de l'établissement d'une fistule donnant lieu à un écoulement intermittent de bile. La cholécystectomie avait été jugée impossible à pratiquer au cours de l'opération.

189.— *Du traitement chirurgical de l'appendicite et de la pérityphlite.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 15 octobre, p. 612; *ibid.*, 23 mars 1892.)

1° Toutes les pérityphlites sont-elles déterminées par les lésions de l'appendice, et ces dernières menacent-elles toujours le malade de la perforation et de ses conséquences?

2° Y a-t-il un moyen certain de reconnaître la pérityphlite de l'appendicite et de distinguer, parmi les appendicites, celles qui conduisent à la perforation, à la suppuration et à la péritonite?

La réponse négative que l'examen minutieux des faits bien observés permet de faire à ces deux questions conduit à cette conclusion que l'opération ne saurait être adoptée comme la règle dans le traitement de la pérityphlite et de l'appendicite au début.

En mettant à part les cas très légers dont la bénignité écarte d'elle-même l'idée d'une opération, et les faits d'appendicite suraiguë où la perforation est évidente et où l'incision de la paroi abdominale doit être pratiquée sans aucun retard, c'est à l'expectation qu'il faut se rattacher dans la majorité des cas; mais cette expectation doit être limitée et l'aggravation des signes locaux, l'apparition des caractères qui indiquent la formation d'une collection, les symptômes de péritonite commençante doivent faire aussitôt pencher la balance du côté de l'intervention. C'est à l'incision dans la fosse iliaque droite sur la tumeur, qu'il faut avoir recours, plutôt qu'à la laparotomie pratiquée sur la ligne blanche, celle-ci étant réservée aux cas où il s'est développé une

péritonite généralisée par perforation. On doit chercher à découvrir et à extirper l'appendice cæcal, mais ce n'est pas toujours possible et des recherches prolongées aggravent le pronostic de l'opération. D'ailleurs, les résultats de celle-ci ne sont guère encourageants, du moins pour ce qui est des appendicites avec perforation : c'est ce que démontrent trois observations que je rapporte et où l'opération, faite aussitôt que possible, n'a pu sauver la vie des malades.

190. — *Sur l'appendicite.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVIII, 1892, 23 mars, p. 232.)

191. — *Ibid.* (1er juin, p. 393).

Ces conclusions sont encore confirmées par les observations nouvelles que j'ai communiquées à la Société de chirurgie dans ces deux séances ; d'une part six cas d'appendicite ou de pérityphlite graves qui, traités par l'expectation, sont arrivés à résolution sans intervention chirurgicale ; de l'autre, un cas d'appendicite perforante avec péritonite septique diffuse, traité aussitôt que possible par la laparotomie et l'extirpation de l'appendice, et qui s'est terminé par la mort.

A ces faits je pourrais actuellement en ajouter plusieurs autres : deux, dans lesquels je dus pratiquer la laparotomie pour les perforations du cæcum ou de l'appendice, et où l'opération ne put prévenir la terminaison fatale, quoique celle-ci, chez l'un des opérés, ne fût survenue que le cinquième jour après l'opération par le fait de complications pulmonaires ; — un beaucoup plus grand nombre de cas dans lesquels, à l'hôpital ou dans la pratique de la ville, des appendicites et des pérityphlites, ayant débuté par un ensemble de phénomènes des plus alarmants, sont arrivés néanmoins à la guérison sans intervention chirurgicale.

L'ensemble de tous ces faits me confirme dans l'opinion que l'intervention hâtive par laparotomie doit être réservée aux cas d'appencite avec péritonite par perforation et que dans ces cas elle doit être pratiquée aussi rapidement que possible ; que l'intervention tardive est réservée pour les cas où il existe manifestement une suppuration collectée au voisinage du cæcum et de l'appendice ; qu'en dehors de

ces deux conditions et des appendicites à répétition, dans lesquelles on peut être amené à opérer *à froid* pour débarrasser le sujet des lésions, causes de ces rechutes, l'expectation doit être la règle dans le traitement des inflammations du cæcum et de l'appendice vermiculaire.

192. — *Note sur un cas d'inclusion scrotale*, par MM. Cornil et Berger, (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. XIV, p. 275, 3 mars 1885, — et *Archives de physiologie normale et pathologique*, 3e série, t. V, no 4, 15 mai 1885, p. 398, avec 3 figures.)

Ce fait, dont M. Cornil a fait une étude anatomique des plus complètes, est un exemple rare de kyste dermoïde testiculaire renfermant dans sa paroi des éléments nerveux sous forme de ganglions parfaitement constitués, et des cavités muqueuses, mais pas d'os. Au point de vue de l'histoire du malade, j'ai pu débarrasser le jeune garçon âgé de 11 ans qui le portait, en lui laissant le testicule, isolable du kyste auquel il était pourtant adhérent on un point. Ce fait clinique vient à l'appui des idées émises par M. Verneuil dans son important mémoire sur la nature et le traitement des inclusions scrotales.

193. — *Epithélioma du rectum ; extirpation suivie d'un prolapsus du rectum compliqué d'une ulcération rebelle de celui-ci. Colopexie iliaque ; guérison du prolapsus et de l'ulcération ; cure de l'anus contre nature par entérorraphie.* (*Bulletins de la Société de chirurgie*, N.S., t. XVIII, 1892, 21 février, p. 146.)

194. — *Traitement de l'anus contre nature par l'entérorraphie latérale*, à l'occasion d'une communication de M. le Dr Février.
Ibid. — Séance du 13 décembre 1893.

I. L'extirpation d'une très grande longueur du rectum ne met pas le malade à l'abri de la récidive, dans le cas de prolapsus considérable et invétéré de cet organe. La colopexie iliaque est plus efficace, mais la guérison de l'anus contre nature pratiqué en même temps que la fixation de l'S iliaque à la paroi abdominale, entraînant la libération des adhérences qui retiennent en place l'intestin, peut être suivie de rechute. C'est ce que j'ai observé chez un malade qui avait passé par cette série d'opérations ; ajoutons que l'extirpation de la totalité du rectum finit par le guérir de son infirmité.

II. La cure de l'anus contre nature, même lorsqu'il est consécutif à l'opération de la hernie gangrenée, doit et peut être pratiquée avec une grande sécurité en ouvrant le péritoine au niveau des adhérences qui unissent l'intestin à la paroi, en libérant circulairement celles-ci de manière à pouvoir attirer l'intestin hors de la plaie, et en pratiquant une entérorraphie latérale. L'intestin est alors réduit et la brèche de la paroi est fermée par une suture à étages. Il faut faire précéder l'opération d'applications successives d'entérotome, de manière à amener une communication très large des deux bouts de l'intestin, et d'une compression méthodique, destinée à réduire le prolapsus des bouts de l'intestin et à forcer les matières à reprendre leur cours naturel.

195. — *Sur l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum avec conservation du sphincter anal (opération de Kraske).* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 28 mai, p. 415.)

Relation d'un fait d'extirpation du rectum par la voie sacrée, montrant les difficultés que l'on peut rencontrer dans cette sorte d'opération.

196. — *Rapport sur une observation de rétrécissement inflammatoire du rectum traité par l'électrolyse communiquée par M. le Dr Lecerf (de Valenciennes).* (*Ibid.*, p. 100.)

197. — *Présentation de pièces, provenant d'un sujet mort de néphrite interstitielle suppurative à la suite d'une uréthrotomie interne.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IV, p. 563; 28 août 1878.)

198. — *Rapport sur une observation de M. le docteur Cabadé intitulée : Extirpation de la verge.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IV, p. 500; 7 août 1878.)

199. — *Corps étranger de l'urètre et de la vessie (fragments de tuyau de pipe en terre). Extraction par la voie périnéale, guérison.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 345; 20 mai 1885.)

200. — *Corps étranger de la vessie chez l'homme; extraction par la taille médio-bilatérale.* (*France médicale*, p. 402; 1874.)

201. — *Sur la taille sus-pubienne.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 713 ; 17 octobre 1883.)

Fait dans lequel dix calculs volumineux et enchatonnés ont été retirés de la vessie par la taille sus-pubienne. Le malade a succombé aux progrès de l'altération des reins qui présentaient les lésions de la pyélo-néphrite calculeuse.

---

202. — *Des sensations perçues par les femmes pendant les manœuvres d'avortement.* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. VII, p. 321 ; 1882.)

Ce travail a pour but de démontrer qu'on ne saurait attacher aucune importance au point de vue médico-légal, dans les affaires d'avortement, à l'assertion des femmes qui prétendent avoir senti une piqûre, au moment des manœuvres abortives. L'examen de la sensibilité de la cavité utérine, pratiqué sur nombre de femmes dans mon service de l'hôpital de Lourcine, me permit d'affirmer que l'introduction d'un instrument dans l'utérus ne déterminait aucune sensation, quand cet instrument ne touchait pas le vagin et n'imprimait à l'organe aucun déplacement. Il en est de même pendant la grossesse, ainsi que j'ai pu m'en assurer dans un accouchement provoqué pour lequel M. le Dr Ribemont m'avait prêté son concours.

203. — *Sur le traitement des fibrômes utérins par l'électricité.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XV, p. 517 ; 19 juin 1889.)

J'ai mis à l'étude dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, le traitement des fibrômes utérins par l'électricité. Pour appliquer la méthode dans toute sa rigueur, j'ai eu recours à M. le Dr Apostoli qui est venu lui-même soumettre les malades que je lui confiais à la galvanocaustie intra-utérine. Les essais ont été en général favorables, au point de vue de l'arrêt des hémorragies et de la cessation des phénomènes douloureux. Presque toujours, j'ai observé un certain degré de diminution dans le volume de la tumeur. Celle-ci, dans un cas, à presque totalement disparu.

En communiquant le résultat de ces recherches, je conclus que le

traitement électrique doit être soumis à une sérieuse étude et qu'il y a lieu de l'essayer, préalablemont à toute intervention chirurgicale grave, particulièrement dans les cas de fibrômes interstitiels déterminant des pertes abondantes et des poussées douloureuses.

204. — *Sur un cas d'imperforation congénitale de l'hymen, rapport sur une communication de M. le docteur Segond.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XI, p. 831 ; 9 décembre 1885.)

205. — *Même sujet : Rapport sur une observation de M. le docteur Jeannel.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, séance du 27 juillet 1887.)

206. — *Sur le traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode de M. Bozemun.* (*France médicale;* 13 et 17 mai 1876.) *Réponse de M. Bozeman à M. Paul Berger* (*Ibid.*, 21 et 24 juin 1876).

207. — *Traitement de l'épithélioma du col utérin par les cautérisations à l'acide chromique ; incidents que peut entraîner la présence d'un tampon dans la cavité du vagin ou dans le col.* (*France médicale*, p. 1 ; 1875.)

Cliniquo de M. le professeur Verneuil.

208. — *Kyste multiloculaire de l'ovaire ; rupture spontanée d'une de ses poches.* (*France médicale*, p. 473 ; 1874.)

Clinique de M. le professeur Gosselin.

---

209. — *Sur l'extruction, au moyen des aimants, des corps étrangers métalliques qui ont pénétré dans le corps vitré ; à propos d'une observation de M. le docteur Galezowski.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 715 ; 10 août 1881.)

De ce mémoire, que j'ai cherché à appuyer sur une bibliographie complète de la matière et sur l'étude de toutes les observations connues, on peut retenir les conclusions suivantes :

L'extraction des corps étrangers perdus dans le vitré peut être tentéo ; elle peut êtro efficace, c'est-à-dire conserver la vue de l'œil blessé,

mais dans des cas fort rares; le plus souvent, elle ne laisse qu'un degré restreint et même insuffisant de la vision.

Dans les cas même où l'opération ne rétablit pas la vue, elle peut mettre le blessé à l'abri de l'ophtalmie sympathique; mais cette sauvegarde n'est pas absolue, et souvent il a fallu avoir recours ultérieurement à l'énucléation ou à l'énervation de l'œil dont on avait retiré le corps étranger. Les résultats malheureux sont en trop grand nombre et l'apparition des accidents terminaux est assez reculée souvent pour qu'il ne faille se prononcer qu'avec une extrême réserve sur le résultat d'une opération récente.

Enfin le manuel opératoire lui-même et le diagnostic de la présence et du siège du corps étranger dans l'œil paraissent avoir bénéficié, dans une certaine mesure, de l'emploi de l'attraction magnétique, surtout lorsque celle-ci s'exerce au travers d'une incision scléroticale, à la condition, bien entendu, que le corps étranger soit de nature à se laisser attirer par un aimant.

210. — *Kyste huileux de l'orbite.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 549; 6 octobre 1880.)

Fait analogue à ceux qui ont été rapportés auparavant par MM. Verneuil, Perrin, Albert (de Vienne), Le Dentu. Ces kystes sont caractérisés: 1° par leur siège à l'angle interne de l'orbite; 2° par leur origine congénitale; 3° par leur contenu analogue à de l'huile d'olives.

211. — *Suture du nerf cubital pour une blessure de ce nerf remontant à plus de quatre mois; retour immédiat de la sensibilité.* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 7 mars 1893.)

Ce fait vient s'ajouter aux cas de MM. Tillaux, Nicaise, Polaillon, Segond, dans lesquels l'avivement et la suture des extrémités de nerfs, sectionnés depuis un temps fort long, et dont la section avait déterminé l'anesthésie des territoires innervés par ces nerfs, ont été suivis de la réapparition presque immédiate de la sensibilité dans ces mêmes territoires (au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, Tillaux, Nicaise; cinq heures, Polaillon; un quart d'heure, Segond). La difficulté d'interprétation que présente ce retour rapide de la sensibilité, qu'on ne sau-

rait expliquer ni par la sensibilité suppléée, ni par la sensibilité collatérale, ni par la sensibilité récurrente, ne rend que plus nécessaire la constatation précise des faits de cet ordre. C'est à ce point de vue que, sans prendre parti ni pour la théorie de la réunion primitive des tubes nerveux, ni pour la théorie dynamogénique, par lesquelles on a cherché à expliquer ces phénomènes, l'observation présente m'a paru digne d'intérêt.

Elle a donné lieu à une importante discussion dans le sein de l'Académie, au cours de laquelle M. Laborde et M. Brown-Séquard ont successivement pris la parole pour soutenir la théorie dynamogénique et combattre la restitution immédiate des fonctions du nerf à la suite de la suture.

212. — *Suture des tendons des muscles de la région antérieure de la jambe.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 362 ; 5 mai 1885 et p. 754 ; 13 octobre 1886.)

213. — *Rapport sur une observation présentée par M. le docteur Kirmisson et intitulée : Plaie de la région dorsale de la moelle par instrument tranchant.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XI, p. 857 ; 9 décembre 1885.)

214. — *Des kystes hydatiques de l'aisselle.* (*Semaine médicale*, p. 206 ; 23 mai 1888.)

Petit travail destiné à mettre en lumière des faits peu connus, bien qu'ils ne soient pas absolument rares, et dans lesquels les kystes hydatiques développés dans l'aisselle ont pu en imposer pour des tumeurs de diverses natures, particulièrement pour des engorgements ganglionnaires. Il renferme quelques considérations sur les signes qui peuvent permettre d'arriver au diagnostic et sur le traitement de ces tumeurs qui consiste dans leur extirpation.

215. — *Quelques faits d'ectrodactylie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 721 ; 29 octobre 1884.)

A l'occasion d'un fait rapporté par M. le Dr Guermonprez, je com-

munique à la Société plusieurs cas rares d'ectrodactylie, et je présente le moulage d'une anomalie de développement curieuse des mains et des pieds.

216. — *Rapport sur deux observations de M. le docteur Houzel, intitulées : Polydactilie ; amputation des doigts surnuméraires ; — et bec-de-lièvre compliqué (gueule-de-loup) ; opération, guérison.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X., p. 885 ; 3 décembre 1884.)

217. — *Épanchement traumatique d'huile.* (*Union médicale*, 1870, p. 360.)

Rédaction d'une leçon clinique de Gosselin où le professeur décrit une nouvelle variété d'épanchement traumatique dans le tissu cellulaire sous-cutané, épanchement constitué par un liquide huileux et se rapprochant par certains caractères des épanchements de sérosité de Morel-Lavallée.

---

218. — *Rapport sur deux observations de fistule branchiale* communiquées par le Dr Ch. Février. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVIII, 1892, 3 février, p. 75-79.)

219. — *Extirpation d'un énorme kyste branchial du cou chez un jeune homme.* (*Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVIII, 1892, 29 juin, p. 486.)

Ces observations démontrent à la fois la nécessité et la possibilité de pratiquer l'extirpation complète des kystes congénitaux du cou, en remontant jusqu'à l'extrémité de leur prolongement supérieur. Dans le fait qui m'est personnel, celui-ci confinait à l'apophyse styloïde, tandis que la partie inférieure du kyste atteignait l'articulation sternoclaviculaire. Malgré les dimensions énormes du kyste, l'ablation put être complète ; l'isolement de celui-ci d'avec la gaine des vaisseaux et le nerf pneumogastrique fut assez facile, malgré la proximité de ce dernier. Dans l'observation de M. Février, toutes les explorations, portant sur la fistule branchiale, déterminaient de la pâleur de la face, des sueurs, des intermittences du cœur et du pouls, des accès de toux, indiquant

l'excitation produite par ces excitations mécaniques sur le nerf pneumo-gastrique et sur ses branches.

220. — *Rapport sur plusieurs communications de M. le docteur Rohmer (de Nancy) intitulées : 1° kyste hydatique de la face inférieure du foie ayant envahi toute la cavité abdominale ; ouverture large au bistouri, suppuration, guérison en deux mois ; 2° de la cystotomie sus-pubienne dans le cours de l'hypertrophie de la prostate ; 3° de la suture primo-secondaire des plaies.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 487 ; 13 juin 1888.)

221. — *Traitement des ulcères de jambe par l'incision circonférencielle.* (*France médicale*, p. 329 ; 1875.)

Exposition de la méthode de traitement inventée par Dolbeau et depuis lors attribuée à tort à Volkmann par les auteurs allemands.

222. — *Bubon strumeux inguinal et pelvien, simulant une coxalgie.* (*France médicale*, p. 575 ; 1874.)

223. — *Rapport sur une communication de M. le docteur Burq, intitulée : la métallothérapie en chirurgie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 440, 7 juillet 1880.)

224. — *Rapport sur les mémoires présentés pour le prix Laborie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 36 ; 5 janvier 1881.)

---

§ 13. — Leçons cliniques.

225. — *Exstrophie complète de la vessie chez une jeune fille.* (Leçon recueillie par M. Albert Passant. — *Gazette des Hôpitaux*, 20 et 22 février 1883. — Voir aussi : *Semaine médicale*, IIIe année, n° 2 ; 11 janvier 1883.)

226. — *Abcès de la fosse iliaque d'origine lymphangitique*, par M. Picqué, chef de clinique. (*Gazette médicale de Paris*, 6e série, t. V, n° 2 13 janvier 1883.)

Dans ce travail, M. le Dr Picqué développe les idées que j'avais exposées dans une clinique, quelques jours auparavant.

227. — *Pincement latéral de l'intestin dans une hernie crurale étranglée. Persistance du cours des matières.* (*Semaine médicale*, IIIe année, n° 42 ; 11 octobre 1883.)

228. — *Rétrécissement syphilitique du rectum.* (*Semaine médicale*, IIIe année, n° 49; 29 novembre 1883.)

229. — *Fracture de la base du crâne; rupture de la carotide interne; mort.* (Leçons recueillies par M. le docteur Piqué, chef de clinique.) (*Progrès médical*, p. 383 ; 1883.)

230. — *Paralysie de l'acoustique et du trijumeau, parésie du facial, carie du rocher.* (2 leçons recueillies par M. Maurice Hache.) (*Recueil d'ophtalmologie*, 3e série, IVe année, n° 1, p. 25 ; janvier 1883.)

231. — *Hernie irréductible. — Diagnostic du lymphadénome.* (Leçons recueillies par M. le docteur Paul Lucas Championnière.) (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, LIVe année, 3e série, p. 444 ; octobre 1883.)

232. — *Gangrène spontanée. Lipôme herniaire.* (Leçons recueillies par M. le docteur Paul Lucas Championnière.) (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, LIVe année, 3e série, p. 107 ; mars 1883.)

---

§ 14. — Publications sur divers sujets d'anatomie.

233. — *Recherches sur la conformation intérieure de la veine et des artères ombilicales.* (*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1872, septembre, n° 5, p. 553, avec figures.)

Ce mémoire est fondé sur l'examen de préparations que j'avais faites pour un concours au prosectorat et qui sont actuellement encore déposées au musée Orfila.

J'avais retrouvé, et j'ai pu mettre hors de doute, l'existence de replis

semilunaires faisant saillie dans l'intérieur du calibre des vaisseaux ombilicaux, artères et veines. Ces replis avaient été entrevus par Nicolas Hoboken; depuis lors, leur existence dans les vaisseaux du cordon avait été méconnue et même formellement niée : elle ne fait plus aujourd'hui de doute pour personne.

234. — *Cerveau.* (Article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 155-214, avec nombreuses figures.)

235: — *Corps opto-strié.* (Article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 684-717, avec de nombreuses figures.)

236. — *Distribution et parcours des différents ordres de fibres qui entrent dans la composition de l'axe cérébro-spinal, d'après quelques travaux modernes.* (*Archives de physiologie normale et pathologique*, 2e série, t. I; mars, mai 1874.)

Ces articles ont eu principalement pour but de faire connaître les résultats de certains travaux qui n'avaient encore été ni traduits ni analysés en français et de combler les lacunes existant à cette époque dans la plupart des descriptions classiques des centres nerveux. Aussi ne faut-il pas s'étonner de la part qui y est faite à la bibliographie et aux recherches étrangères.

Voir également p. 28, 34 et 50, les articles suivants :

62. — *Sur le développement, l'accroissement et la structure des os.*
82. — *Rotule, ligament et tendon rotuliens.*
130. — *Examen des travaux récents sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du corps thyroïde.*

---

§ 15. — **Présentations diverses.**

237. — *Abcès de la protubérance, consécutif à une carie du rocher.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XIV, p. 146; 1869.)

238. — *Ramollissement superficiel ancien, consécutif à une embolie de l'artère*

sylvienne droite; hémorragies récentes avec anévrismes miliaires. (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XIV, p. 148; 1869.)

239. — *Anévrisme du tronc basilaire s'accompagnant de gêne de la respiration.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XIV, p. 188; 1869.)

240. — *Tumeur sarcomateuse du fémur.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XV, p. 223; 1870.)

241. — *Séquestre invaginé dans la diaphyse du tibia atteint d'ostéo-sclérose.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XV, p. 420; 1870.)

242. — *Blessure du nerf radial et fracture du col de l'humérus, observées chez un homme qui mourut de scarlatine maligne.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XVI, p. 157; 1871.)

243. — *Cancer des vésicules séminales et de la prostate.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série. t. XVI, p. 222; 1871.)

244. — *Gliômes développés sur le trajet des branches du nerf de la cinquième paire, chez la poule.* (*Archives de physiologie normale et pathologique*, p. 225, mars 1873.)

245. — *Hernie crurale étranglée; opération; mort par suite de congestion pulmonaire.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 3e série, t. VIII, p. 113; 1873.)

---

246. — Rapport sur les opérations du Jury des récompenses pour la classe 14 (médecine et chirurgie) à l'Exposition universelle de 1889.

V. — PIÈCES ANATOMIQUES DÉPOSÉES AU MUSÉE ORFILA

Je signalerai d'abord, parmi ces pièces, celles qui sont cataloguées sous les nos 220, 221, 222, 236, 237, 238, 239, 240 et 241; ces pré-

parations, exécutées par corrosion, représentent la circulation placentaire et les vaisseaux du cordon ombilical. C'est sur ces pièces que je me suis fondé pour démontrer l'existence des valvules, non seulement dans les veines, mais dans les artères ombilicales. (Voir n° 233, p. 85.)

Parmi les autres pièces que j'ai déposées au musée à l'occasion de concours, se trouvent quatre préparations, sur la moelle épinière, les méninges spinales, les origines des nerfs rachidiens dans leurs rapports avec le grand sympathique. Elles sont cataloguées sous les numéros 57, 63, 64 et 233.)

La pièce n° 233, qui montre les relations du grand sympathique et des plexus principaux qu'il forme sur les gros troncs vasculaires, avec les racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens et avec les principaux nerfs craniens, est une des plus complètes que possède le musée.

Je mentionnerai seulement les préparations sur les vaisseaux sanguins du coude de l'avant-bras et de la main, n°s 52, 130, 133 et 138, — sur le creux poplité, n° 165, — et la pièce n° 33 sur les aponévroses du pli de l'aine.

TABLE DES MATIÈRES

SCEAUX. — IMP. CHARAIRE ET Cie.